

UNIVERSITE D'ALGER
Faculté de médecine et de pharmacie d'Alger
Année 1972

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA TUBERCULOSE GENITALE POST-MENOPAUSIQUE A PROPOS DE SIX CAS

THESE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le ____ Novembre 1972

par

BOUDIAF Mostefa
né le 21 Octobre 1944 à M'SILA

MEMBRES DU JURY

M. M. MERIOUA : Professeur de Pathologie Médicale.....	Président
M. D. LARBAOUI : Professeur Agrégé de Pneumo-Phtisiologie	} Juges
C. ZIDANE : Professeur Agrégé d'Histologie et d'Embryologie	
N. LALIAM : Chef de Service (Gynécologie Obsétrique, Hôpital Parnet)	

UNIVERSITE D'ALGER
Faculté de médecine et de pharmacie d'Alger
Année 1972

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA TUBERCULOSE GENITALE POST-MENOPAUSIQUE A PROPOS DE SIX CAS

THESE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le _____ Novembre 1972

par

BOUDIAF Mostefa
né le 21 Octobre 1944 à M'SILA

MEMBRES DU JURY

M. M. MERIOUA : Professeur de Pathologie Médicale.....	Président
M. D. LARBAOUI : Professeur Agrégé de Pneumo-Phtisiologie	} Juges
C. ZIDANE : Professeur Agrégé d'Histologie et d'Embryologie	
N. LALIAM : Chef de Service (Gynécologie Obsétrique, Hôpital Parnet)	

Digitized by the Internet Archive
in 2026



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples et selon la tradition
d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle
aux lois de l'honneur et de la probité dans
l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes
yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue
taira les secrets qui me seront confiés et mon
état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à
favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes
Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction
que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si
je suis fidèle à mes promesses. Que je sois
couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Je dedie cette thèse

- A mon père

- A ma mère

Avec toute mon affection

- A mon oncle Amar

en témoignage de ma reconnaissance
et de mon affection.

Il a été pour moi un exemple de
travail et de sérieux.

- A tous mes oncles

- A mes frères et soeurs

- A tous mes cousins

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur MERIOUA
Professeur de Pathologie Médicale

Nous n'avons pas eu l'honneur de travailler dans votre Service, mais nous avons beaucoup apprécié votre enseignement au cours de nos études. Vous nous avez toujours réservé un accueil cordial, quand nous avons eu besoin de votre avis, alliant à vos remarquables qualités d'homme de science, un sens profond de l'humain.

Nous vous sommes reconnaissant de votre bienveillance à notre égard et de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre Thèse.

Je dedie cette Thèse à Nos Juges

A Monsieur le Professeur LARDAQUI

Professeur de Pneumo-Phtisiologie

Nous sommes très sensible à l'honneur
que vous nous faites de siéger dans notre
Jury.

Veuillez trouver ici, nos remerciements
les plus vifs pour avoir accepte de juger
ce travail.

A Monsieur le Professeur ZIDANE

Professeur d'Histologie et d'Embryologie

Vous nous avez fait l'honneur de vous
intéresser à notre travail et de le juger.
Nous vous en remerciant vivement.

A Madame le Docteur LALIAM

Chef de Service (Gynécologie Obstétrique
Hôpital Parnet)

En témoignage de notre vive reconnais-
sance pour l'intérêt qu'elle a bien voulu
porter à notre travail. Qu'elle veuille bien
trouver ici l'expression de notre profonde
gratitude.

Je dedie cette Thèse

A Monsieur le Professeur DONAFOS

Nous lui sommes reconnaissants, de nous avoir guidé par ses conseils pleins de clarté et d'efficacité pratique, qui nous ont été d'une aide précieuse pour l'élaboration de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

Au Docteur DOUDIAF Abderrahmane
Maître Assistant
Service Gynécologie Cancérologique

A qui nous devons le sujet de ce
travail.

Pour l'aide fraternelle et inlassable
qu'il n'a cessé de prodiguer tout au long
de son élaboration.

A notre ami le Docteur DAGHRICHE et sa femme

Que nous remercions pour les confé-
rences d'internat qu'il a bien voulu nous
donner.

A nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux

Auprès desquels nous avons toujours
trouvé un accueil bienveillant.

A tout le personnel du Centre Pierre et Marie CURIE

A tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de
ce travail.

I N T R O D U C T I O N

La découverte de la tuberculose génitale de la femme à un âge avancé et l'expérience des méthodes modernes de diagnostic et de traitement tuberculostatique, se sont considérablement développés des dernières années.

Cette affection qui était considérée comme très rare autrefois, est devenue de plus en plus fréquente grâce au perfectionnement des moyens modernes de diagnostic : très polymorphe comme manifestation clinique, très épineuse à différencier des autres affections gynécologiques en l'occurrence du cancer chez la femme ménopausée. Ces caractéristiques font tout l'intérêt de notre travail.

La tuberculose génitale est habituellement observée chez les femmes jeunes, et est cause de stérilité. Elle reste exceptionnelle à la puberté et l'est plus encore à la ménopause.

La littérature rapporte peu d'observations (97 cas en tout) et il s'agissait en général de cas isolés.

A l'exception des articles de SUTHERLAND (8 cas), DARDOUR (9 observations, 1969), ROCHERS (35 cas de tuberculose endométriale dont 5 associés à des cancers utérins).

D'autres auteurs ont ensuite présenté les observations de la tuberculose génitale chez la femme âgée :

- GARCIA PASTOR	2 cas en 1958
- PENA ELGUETA	2 cas en 1959
- CARCELLER	3 cas en 1960
- COURTY et Col.	2 cas en 1960-62
- VILLAR et Col.	1 cas en 1964
- CHOSSON SERMENT et Col.	30 obs. en 1966
- ABUREL et LETRESCOU	6 cas en 1971

Les comptes-rendus du Congrès Français de gynécologie (Mai 1948), consacré à la tuberculose génitale féminine. On ne trouve qu'un seul cas, de VOKAERT et DOLLE, de tuberculose endo-utérine.

Dans leur travail sur la tuberculose utéro-annexielle, BRET et LEGROS ne consacrent que quelques lignes aux tuberculoses metro-annexielles, survenant après la ménopause.

Au centre Pierre et Marie CURIE d'Alger, Hôpital à vocation cancérologique, nous avons pu recueillir 6 observations entre 1968 et 1972 :

- 3 tuberculoses du col
- 3 tuberculoses de l'endomètre

Il faut souligner que l'affection revêt habituellement une forme pseudo-néoplasique fort bien illustrée par la plupart des observations. En effet, dans la majorité des cas, c'est en cherchant à faire la preuve d'une étiologie néoplasique maligne au cours de l'exploration génitale que l'origine tuberculeuse a été mise en évidence.

En fait la tuberculose génitale, reste l'apanage de la femme jeune, qu'on découvre le plus souvent au cours du bilan pour stérilité. Elle est confirmée par la biopsie de l'endomètre.

Après cessation de l'activité endométriale, la majorité des auteurs insistent sur la rareté de cette localisation bacillaire, mais l'usage plus fréquent des prélèvements endométrial ou cervical, l'étude anatomo-pathologique a permis de rattacher à la tuberculose génitale certaines manifestations gynécologiques de la femme ménopausée.

DELLEPIANE a remarqué depuis quelques années un déplacement de la tuberculose génitale vers les âges plus avancés. Selon cet auteur : en 1957, deux malades sur 179 atteintes de la tuberculose génitale avaient plus de 50 ans, alors qu'en 1962, on en trouve 28 sur 965.

Ceci, nous incite à rechercher l'atteinte tuberculeuse chez la femme ménopausée où les possibilités thérapeutiques sont efficaces et ne point poser à tort le diagnostic d'une néoplasie maligne, diagnostic lourd de conséquences.

Il faut reconnaître, que chez nos malades, nous avons à chaque fois posé le diagnostic de cancer du col ou de cancer de l'endomètre car, hantés par cette étiologie. Seuls, la biopsie et l'étude histologique nous ont permis de rectifier le diagnostic clinique.

Le problème de la tuberculose génitale des femmes ménopausées reste donc d'ordre diagnostic. Notons d'emblée que les antécédents pulmonaires ne sont pas toujours retrouvés et il semblerait que la majorité des atteintes bacillaires génitales de la femme ménopausée soient inapparentes et se manifestent par une symptomatologie qui simule en tout point celle du cancer du col ou de l'endomètre tant au point de vue des signes fonctionnels que des signes physiques.

PLAN

I. HISTORIQUE

II. NOS OBSERVATIONS ET NOTRE COMMENTAIRE

III. ETIOPATHOGENIE : en étudiant

- Les différentes voies d'infection
- L'origine de cette infection
- Les facteurs du milieu
 - . Rôle des glandes endocrines

IV. ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE : des lésions rencontrées

- au niveau du Corps utérin
- du Col
- des Trompes
- des Ovaires

V. FORMES CLINIQUES

- Considérations générales
- La tuberculose inférieure
- La tuberculose supérieure
- Les formes associées

VI. LE DIAGNOSTIC

- Positif
- Différentiel

VII. LE TRAITEMENT

- Méthodes
- Indication
- Résultats.

VIII. CONCLUSION

I. HISTORIQUE

La notion de la Tuberculose Génitale apparaît avec la première communication de MORGAGNI (1761).

Le développement des connaissances sur ce problème permet la différenciation de 4 étapes caractéristiques.

LA 1ère ETAPE : (1761-1882)

Où l'on publie les premières observations anatomo-cliniques et nécropsiques.

La notion nouvelle de tuberculose génitale peut être cernée et attire l'attention des cliniciens.

LA 2ème ETAPE : (1883-1931)

Qui voit s'éclaircir les mécanismes étiopathogéniques et conduit au diagnostic de certitude.

Elle commence en 1883 avec A.V. CORNIC et V. BABES, qui découvrent le BK au niveau des lésions génitales et qui décrivent l'aspect anatomo-pathologique microscopique de la Tuberculose Génitale.

LA 3ème ETAPE : (1932-1951)

Est caractérisée par les essais de classification des formes anatomo-cliniques d'un diagnostic précoce

et l'orientation vers un traitement médical et une chirurgie électorive.

LA 4ème ETAPE : (à partir de 1952)

Est celle des tuberculostatiques et surtout la description des premières observations de la tuberculose génitale de la femme ménopausée.

On admet, en général, que la tuberculose génitale est une maladie des jeunes femmes ; mais au cours de ces dernières années, on constate comme l'a si bien montré DELLEPIANE (1950), les modifications appréciables de l'âge des malades atteintes de tuberculose génitale.

Par ailleurs, selon ABUREL, si la moyenne d'âge des malades atteintes de tuberculose génitale a augmenté, ceci est due en premier lieu à l'augmentation du nombre de malades diagnostiquées (entre 30 et 45 ans).

En outre, la tuberculose génitale des femmes âgées a été bien étudiée par plusieurs auteurs, que nous avons cité plus haut et qui ont émis l'hypothèse que la baisse de la fréquence de la tuberculose génitale à la ménopause serait due à une tendance marquée à la guérison spontanée après l'arrêt de la menstruation.

D'après l'auteur roumain PETRESCOU, la baisse de la fréquence de la tuberculose génitale au cours de la ménopause, doit être rattachée du moins en partie à la réduction de l'activité endocrinienne ovarienne et de la circulation de la sphère génitale.

II. N O S O B S E R V A T I O N S

OBSERVATION N°1

Concerne Mme B..... DJANIQA, âgée de 55 ans, mère de 7 enfants, hospitalisée dans notre service le 13 Avril 1970 pour métrorragie.

- L'interrogatoire nous révèle que la malade a été réglée à l'âge de 12 ans, son cycle était régulier, de 30 jours et ses règles étaient normales, tant dans leur abondance que dans leur durée, non accompagnées de douleurs.

Mariée à l'âge de 15 ans, la malade a eu 7 grossesses normales, dont une grossesse gémellaire, 7 accouchements à domicile, qui se seraient déroulées normalement. Elle a 7 enfants vivants et bien portants et un enfant décédé à l'âge de 2 ans à la suite d'une rougeole.

La malade est ménopausée depuis 4 ans, elle n'a jamais présenté d'affections gynécologiques et ne signale pas d'avortement.

Par ailleurs, la malade serait traitée depuis 8 ans pour troubles hépato-biliaires avec épisodes de coliques hépatiques.

L'anamnèse ne retrouve aucune notion de tuberculose chez la patiente ni de notion de contagio.

Les troubles qui ont motivé l'hospitalisation remonteraient à 18 mois, la malade fut inquiétée par des pertes de sang insolites, peu abondantes et intermittentes. Ces hémorragies étaient faites de sang noirâtre, remplacées de temps à autre par des leucorrhées tachant le linge.

A ces troubles se sont associées, 6 mois plus tard des douleurs pelviennes à type pesanteur irradiant à tout l'hypogastre accompagnées de troubles urinaires à type de pollakiurie et de dysurie.

La malade rattache à ses symptômes l'altération de son état général.

A son entrée, sa courbe thermique était desarticulée, oscillant entre 37° et 38°, sa tension artérielle était à 12/8, son pouls à 88/minute.

- La palpation de l'abdomen retrouve :
- Une hépatomégalie ferme, lisse et sensible dont le bord inférieur irrégulier et un peu tranchant déborde le rebord costal de 3 travers de doigts,

tandis que son bord supérieur est délimité au niveau du 6ème espace inter-costal sur la ligne mamélonnaire.

L'examen retrouve en outre, une autre tuméfaction sus-ombilicale et para-médiane gauche régulière, ferme et indolore, qui a fait évoquer un lipome.

La palpation des aires inguinales, objective des adénopathies bilatérales, fermes et indolores, mobiles sous le plan superficiel et sur le plan profond.

- L'examen gynécologique montre :

- Au spéculum : un vagin de longueur normale, infecté, un gros col congestif ne portant pas d'autres lésions visibles. A travers l'orifice externe s'écoule du sang d'origine utérine.
- L'hystérométrie est tentée, mais l'hystéromètre butte à 4cm de l'orifice externe.
- Le toucher combiné au palper retrouve :
 - . un col long de multipare, lisse et régulier
 - . un utérus augmenté de volume mou et relativement fixe, basculé en arrière, bombant dans le cul

de sac postérieur. On perçoit au niveau du cul de sac antérieur un nodule qui semble solidaire du fond vésical.

Le doigtier ramène du sang et des pertes glaireuses.

- Le toucher rectal perçoit l'utérus au niveau du cul de sac de DOUGLAS et apprécie la cloison recto-vaginale qui est souple.
- Les seins sont atrophiques et ne présentent pas de tumeurs, l'exploration des creux axillaires droits et gauches ne retrouve pas d'adénopathies.
- Le reste de l'examen clinique n'apporte rien de particulier.

AU TOTAL

Nous nous trouvons devant une femme âgée de 55 ans, ménopausée, dont les métrorragies ont motivé l'examen :

Celui-ci découvre un gros utérus, relativement fixé avec un nodule dur au niveau du cul de sac antérieur, des adénopathies inguinales bilatérales et une hépatomégalie.

Nous avons évoqué de parti-pris un cancer de l'utérus, et nous avons mis en route les investigations complémentaires, pour confirmer le diagnostic.

- Les examens biologiques sont revenus normaux.
- Le frottis endo-cervical montre un aspect purulent.
- Le frottis endo-corporel ramène des débris tissulaires fortement suspects sans autres précisions.
- L'hystéroggraphie montre une cavité utérine agrandie, présentant un aspect marécageux et dont les bords sont irréguliers, grignotés.
- La radiographie pulmonaire est normale.
- L'U.I.V. montre une image normale.

Nous avons également envisagé chez cette malade, une cystoscopie et une scintigraphie hépatique afin de compléter le bilan local et métastatique.

- Le curetage biopsique pratiqué le 26 Juin 1970 nous surprend totalement car il montre "un aspect d'endométrite tuberculeuse avec larges formations giganto-cellulaires type KOESTER effondrant la muqueuse".
- Un traitement spécifique a été immédiatement entrepris.

Hantés par la possibilité d'association de tuberculose et de cancer, nous avons refait un deuxième curetage biopsique qui a confirmé la tuberculose de l'endomètre.

L'intervention fut décidée et dont voici ci-dessus le protocole :

"L'intervention pour tuberculose génitale à forme tumorale chez une malade, âgée de 55 ans et chez laquelle le diagnostic a longtemps erré, tous les éléments cliniques et hystérogaphiques plaident en faveur d'un cancer de l'endomètre. Le curetage biopsique itératif a infirmé ce diagnostic. On pense qu'il ne s'agit que d'une laparatomie exploratrice, car au niveau de l'abdomen on palpe de multiples placards. De ce fait l'entrée dans l'abdomen est difficile. Le péritoine est épais, lordacé, adhérent aux anses intestinales. Celles-ci sont agglutinées ; porteuses de multiples granulations tuberculeuses et interdisant toute exploration du pelvis. Fermeture après biopsie ganglionnaire et péritonéale".

OBSERVATION N°2

Où il s'agit de Mme F..... Fatma, âgée de 51 ans, hospitalisée au Centre Pierre et Marie CURIE le 22 Octobre 1971 avec le diagnostic de tumeur pelvi-abdominale.

- L'interrogatoire nous apprend que la malade a eu ses premières règles à 13 ans, règles normales durant 3 à 4 jours, son cycle était régulier de 28 jours.

Mariée à l'âge de 14 ans, la malade a eu 8 grossesses, 8 accouchements normaux à domicile, dont 4 enfants décédés. (l'un à 7 ans (G), le 2ème à 7 mois (G), le 3ème à 3 ans (F) et le 4ème à la naissance (F)).

La malade est ménopausée depuis 8 ans, et n'avait jamais présenté d'affections gynécologiques. Elle a consulté pour des douleurs pelviennes et des leucorrhées importantes et fétides, qui remontent à une année environ.

A son entrée sa courbe thermique était normale oscillant entre 37° et 37°8.

- La palpation de l'abdomen ne retrouve rien d'anormal
- La palpation au niveau l'hypogastre réveille une douleur, mais ne retrouve pas de tumeur : ceci étant difficile, vue la corpulence de la malade.
- L'examen gynécologique montre :
 - Au spéculum, un vagin légèrement infecté, un gros col ne portant aucune lésion visible , mais à travers l'orifice externe sort du pus.

- Le toucher combiné au palper retrouve :
 - . Un gros col de multipare, régulier.
 - . Un utérus nettement augmenté de volume, de consistance élastique, peu mobile, mais sensible.
 - . Le doigtier ne ramène pas de sang.
- Le toucher rectal apprécie la cloison recto-vaginale, qui est souple.
- Le reste de l'examen clinique n'apporte rien de particulier.
- L'importante augmentation de l'utérus nous a fait pratiquer :
 - . Un test de grossesse, qui était négatif.
 - . La VS était très accélérée 133/140.
 - . La FNS montrait :
 - Une anémie à 3.200.000
 - Hématocrite à 30 %
 - Un taux de blancs 10.200 (52-15-1-86-6)
forte lymphocytose
 - Le taux de prothrombine à 85 %
 - En outre : Glycémie à 1,04g/l
Urée sanguine 0,30
 - . IDR, fortement positive (phlycténulaire).

- Le 27 Octobre 1971, l'aspiration endométriale ramène du pus mélangé à des débris nécrotiques adressés à l'Ana-Path.
- Les frottis vaginaux faits le 28 Octobre 1971 montrent :
"l'existence de très nombreux polynucléaires et absence de cellules malignes".
- La biopsie d'un polype endo-cervical pratiqué le 30 Octobre 1971 montre que :
"Le prélèvement examiné a intéressé des débris de tissu conjonctif très remanié par des phénomènes inflammatoires sub-aigus et une image folliculaire et de cellules jeunes".

Il s'agit donc de lésions inflammatoires spécifiques nécessitant une étude bactériologique.
- La biopsie de l'endomètre pratiquée le 4 Novembre 1971 montre que :
"Le prélèvement examiné a intéressé un chorion, siège de remaniements inflammatoires avec :
 - des vaisseaux congestifs nombreux
 - des infiltrats inflammatoires à prédominance plasmocytaire.
 - des cellules histiocytaires et des cellules épithélioïdes et des cellules géantes en nodules, dont certaines sont centrées par de la nécrose.

- d'autre part il y a une image d'encorbeillement des nodules par les fibres réticucliniques (après impregnation argentique). Il s'agit donc d'une lésion inflammatoire spécifique nous faisant soulever le diagnostic d'une étiologie tuberculeuse.
- L'hystérogographie pratiquée montre des images évocatrices:
 - Utérus marécageux dont les bords sont grignotés, absence d'injection des trompes (photo)

Notons qu'un téléthorax pratiqué dans le bilan systématique reste normal. De même que l'U.I.V.

D'emblée, la malade a été mise sous traitement spécifique tri-associé : PAS, Streptomycine, Rimifon.

L'intervention est décidée chez la malade le 11 Novembre 1971 pour :

"Abscess tuberculeux pelvi-abdominal" suspecté sur l'existence d'une endométrite tuberculeuse radiologique et histologique.

Après laparatomie médiane sus-et-sous ombilicale qui permet l'accès sur une collection purulente enkystée. On effondre la collection et on aspire. Mise en place de 2 drains de REDON à gauche et à droite.

Antibiotiques locaux (Strepto).

Fermeture de la paroi selon la technique habituelle.

- Le pus prélevé a été envoyé au laboratoire.
- Le morceau de la paroi est adressé à l'Ana-Path.

EVOLUTION

La malade a été convoquée à notre consultation à 2 reprises et elle continue à se faire suivre :

- L'état général est satisfaisant, mise à part d'une asthénie.
- A l'examen gynécologique :
 - . Le col est sain
 - . On note une sécrétion glaireuse
- Au toucher vaginal
 - . Le col est normal, la consistance normale, le vagin est souple. Le paramètre libre mais l'utérus a nettement diminué de volume. Il est mobile et légèrement sensible.

OBSERVATION N°3

Il s'agit de Mme D..... Euldja, âgée de 53 ans, ménopausée depuis 3 ans et qui a été admise dans le service le 12 Janvier 1972 avec le diagnostic de Néo du col.

Dans les antécédents on note, qu'elle a eu :

- . Ses premières règles à 13 ans
- . Son cycle a été régulier de 28 jours.
- . Les règles duraient 5 à 6 jours, abondantes et régulières.
- . Elle s'est mariée à 16 ans.
- . Elle a eu 17 grossesses. 15 accouchements normaux (7 garçons vivants bien portants, 8 filles vivantes bien portantes, 2 avortements à 2 mois).
- . Elle a en outre été opérée en 1969 pour une tuméfaction de la région iliaque gauche de la grosseur d'une mandarine. Nous n'avons pu avoir le diagnostic exact et nous avons pensé à un éventuel kyste de l'ovaire gauche.

Le motif qui a amené la malade à consulter et à être hospitalisée serait marqué par des douleurs abdominales, surtout provoquées à l'effort. Une asthénie marquée avec anorexie, apparues environ il y a 4 mois et surtout de temps à autre des pertes sanguinolantes avec des débauches leucorrhéiques.

- A l'examen

- . L'état général est plus ou moins conservé (mais le malade aurait maigri).
- . L'examen de l'abdomen retrouve une lame d'ascite et un léger débord hépatique.
- . La palpation ne nous permet pas de percevoir de masses.
- . A l'entrée :
 - la température a été de 37°4,
 - le pouls à 100 régulier,
 - la tension artérielle à 12/7

- L'examen gynécologique retrouve :

- . Au spéculum :
 - Un col de volume normal, pâle, de son orifice sourd un liquide séro-sanglant.
- . Au toucher vaginal on retrouve :
 - de petites masses pelviennes, bilatérales difficiles à délimiter
 - L'utérus de volume légèrement au dessus de la normale est mobile.

On pratique alors une ponction d'ascite, une ponction du Douglas et on fait des frottis vaginaux.

- Le bilan systématique fait montrer :

- . Une numération des rouges à 4.450.000
- . Une hématocrite à 40 %
- . Les G.B. sont à 9.800 (86-1-0-13-0), il existe donc une polynucléose importante.
- . La glycémie est à 0,80 g/l
- . L'urée sanguine à 0,40 g/l
- . Les protides totaux à 76 g/l
- . Le taux de prothrombine est à 100 %

Pour compléter le bilan métastatique :

- . Un téléthorax est pratiqué, ce dernier est normal
- . Une scintigraphie hépatique montre une imprégnation homogène du foie sans image de lacune.

- Les frottis vaginaux reviennent quelques jours après, nous montrant l'existence "d'une importante prolifération lymphocytaire". Absence de cellules malignes. Une telle prolifération fait évoquer l'éventualité d'une bacillose.

Le curetage biopsique pratiqué le 31 Janvier 1972 montre que:

- . Le produit de curetage est fragmenté, peu abondant. .
- . Il n'existe pas sur ce prélèvement de remaniement inflammatoires ni tumoraux.

Nous pratiquons une hystérosalpingographie, qui nous montre des images hautement évocatrices d'une endométrite tuberculeuse avec atteinte des 2 trompes : image d'hydrosalpinx bilatérale.

- L'U.I.V. pratiquée quelques jours après a été normale.

La malade a été mise sous traitement : PAS, Rimifon, Strepto.

A la sortie son état était satisfaisant : convoquée à la consultation son état s'est nettement amélioré.

OBSERVATION N°4

Mme G..... Malha, âgée de 48 ans, hospitalisée dans le service le 7 Mars 1968 avec le diagnostic d'entrée de Néo du col au stade I

Mère de 2 enfants, elle présente une stérilité secondaire depuis 24 ans et est actuellement ménopausée depuis 2 ans. Elle a consulté pour des métrorragies depuis 7 mois alternant avec des débauches de leucorrhées fétides.

- Examen

- . Etat général médiocre,
- . Amaigrissement notable qui ne peut être chiffré.

- L'examen gynécologique donne :

- . Au spéculum une volumineuse masse bourgeonnante d'aspect polypoïde saignant au moindre contact, siégeant au niveau de l'orifice cervical externe.
- . Au toucher vaginal on note :
 - un gros col bourgeonnant sans zone d'induration.
 - L'utérus est de volume sensiblement normal, fixe dans une périmétrite.
 - Annexes non perçues.

Le reste de l'examen somatique est négatif.

- La lésion siégeant uniquement au col a fait évoquer le diagnostic de cancer du col au stade I. C'est alors qu'une biopsie est pratiquée le 7 Mars 1968, portant sur l'exo et l'endo-col.

- L'examen histologique montre :

- . Qu'au niveau de l'exo-col, il y a présence de nombreux follicules tuberculeux caractéristiques au sein d'une muqueuse malpighienne.
- . Au niveau de l'endo-col, l'aspect est sensiblement normal.

- Téléthorax normal - U.I.V. normale

- L'I.D.R. à la tuberculine a été très + : (+++)

- V.S. très accélérée (53/83)

- N.F. : G.R. : 3.700.000 - G.B. : 4.500

La malade est soumise à un traitement spécifique :
(INH., PAS, Strepto plus des comprimés gynécologiques
de strepto-sulfamides),

6 mois plutard on pratique une biopsie de contrôle
interessant l'exocol et l'endomètre.

- L'exocol est le siège d'une muqueuse acanthique avec
épidermisation ; d'autre part il existe une leucoplasie.

- L'endomètre est le siège d'une hyperplasie glandulaire..

En Juin 1968, la malade est hospitalisée pour ampu-
tation du col motivée par la leucoplasie.

Le 23 Novembre 1970, la malade est revue. On note un
aspect normal de la reprise cicatricielle. C'est la seule
malade que nous avons pu suivre régulièrement en consul-
tation.

Elle a été revue de 27 Mai 1972 et l'examen gynéco-
logique montre :

- Au spéculum, un petit saignement au niveau d'un ectropion.

- Au toucher vaginal, le vagin est souple

le cul de sac est libre

l'uterus de volume normal.

- Le doigtier ramène quelques glaires sanguinolentes.
- Les frottis vaginaux faits ce jour montrent l'absence de cellules malignes.
- L'hystéro-salpingographie est normale.

Le 29 Juillet 1972, la malade se plaint de douleurs hypogastriques et d'un léger ballonnement. L'examen ne retrouve pas de tuméfaction.

L'examen gynécologique montre une légère sensibilité au niveau de la fosse iliaque gauche que nous rattachons à une douleur colique.

OBSERVATION N°5

Il s'agit de Mme B..... Fatma, âgée de 49 ans, ménopausée depuis 2 ans. Elle a été hospitalisée dans le service le 2 Juin 1969 pour Néo du col au stade II.

Dans les antécédents, on relève un accouchement normal et une stérilité secondaire de 20 ans. Elle a consulté pour des métrorragies évoluant depuis 6 mois.

- L'examen gynécologique montre :

- . Au spéculum : un col bourgeonnant hémorragique cratériforme.

- . Au toucher vaginal combiné au palper :
 - Gros col monstrueux, irrégulier,
 - L'utérus est de taille normale, peu mobile avec envahissement des 2 paramètres dans leur moitié proximale. Une biopsie est pratiquée.

La malade a été examinée conjointement avec la radiothérapeute et le diagnostic de cancer du col stade II est évoqué.

Devant l'évidence clinique du diagnostic, une radiothérapie périphérique et du radium ont été préconisés et ce sans attendre les résultats de l'anatomie-pathologie.

Le 11 Juillet 1969, la biopsie revient négative, au point de vue concérologique montrant :

- . Une métaplasie et une acanthose de la muqueuse exocervicale sans dégénérescence maligne.
- . La radiothérapie a été continuée après une 2ème biopsie.

Le 25 Juillet 1969, la malade est revenue et une nouvelle biopsie est pratiquée qui, cette fois-ci affirme la tuberculose du col type endo-cervical (photo).

Un traitement spécifique est alors prescrit. Convoquée en 1970, elle n'a plus reparue à la consultation.

OBSERVATION N°6

Mme H..... Ouda, âgée de 50 ans admise dans le service le 9 Septembre 1969 à Dlada pour Néo du col est adressée 6 jours plutard à notre consultation pour Néo du col avancé.

Dans les antécédents : on note une stérilité primaire. Elle est ménopausée depuis 3 ans.

Le début de l'affection remonte à 1 an marquée par des métrorragies.

- L'examen

- . Au spéculum : montre un col dilaté par une tumeur bourgeonnante hémorragique.
- . Au toucher vaginal, l'utérus est augmenté de volume, annexes souples.
- On pratique alors une hystérosalpingographie qui montre une image lacunaire irrégulière déchiquetée au niveau juxta-cervical du bord latéral droit d'aspect discutable.
- Les trompes offrent l'aspect en chapelet avec un degré de rigidité.
- La biopsie pratiquée le 18 Septembre 1969 intéressant l'endomètre et le col donne les résultats suivants :

"Tuberculose utérine sub-aigue du col et de l'endomètre"

- Un traitement spécifique est institué le 26 Septembre 1970.

La malade est réhospitalisée pour une biopsie de contrôle qui montre "une muqueuse avec quelques tubes glandulaires dans un chorion, on observe aucun signe d'inflammation banale ou spécifique.

La malade convoquée s'est présentée à la consultation, son état local et général sont satisfaisants.

COMMENTAIRE

Le tableau clinique de la tuberculose génitale chez la femme âgée est moins évocateur que celui de la jeune femme. Car la symptomatologie est polymorphe et le diagnostic clinique est rarement posé : c'est un diagnostic histologique.

A la lecture de nos observations et des observations de la littérature, on peut individualiser certains symptômes plus fréquemment rencontrés.

LA METRORRAGIE est le signe le plus souvent cité par les auteurs. Il s'agit d'un saignement spontané, d'abondance modérée, mais nécessite parfois des transfusions et même une hystérectomie d'hémostase (COURTY).

Il est remarquable de constater que la tuberculose génitale qui se manifeste habituellement chez la femme jeune par une oligo-ménorrhée, provoqué après la ménopause des hémorragies utérines. Ce caractère peut être rattaché au type ulcéro-caséux plus fréquent des lésions tuberculeuses à cet âge.

Le symptôme métrorragie est retrouvé 5 fois sur 6, soit 84 %.

LA LEUCORRHEE, sale, fétide, purulente est souvent observée. Elle est persistante parfois émise par débacle et traduit l'existence d'une pyométrie ou d'un pyosalpinx tuberculeuse.

La leucorrhée est retrouvée 3 fois sur 6, soit 50 %.

D'AUTRES SIGNES, sont retrouvés de façon inconstante :

- Douleurs hypogastriques, tumeur utérine ou annexielle, 2 fois sur 6, altération de l'état général avec état sub-fébrile.
- Rarement l'aspect est identique à celui de la jeune femme : Ascite accompagnée de signes habituels d'imprégnation tuberculeuse.
- Enfin, certaines tuberculoses génitales sont asymptomatiques et l'état morbide est attribué à l'âge, aux manifestations de la ménopause ou à une autre affection organique.

L'étude histologique des pièces d'autopsie pourrait préciser l'importance de ces formes camouflées (ROCHER).

Tous les troubles que nous venons d'énoncer font toujours suspecter après la ménopause en premier lieu,

le Cancer de l'endomètre et le Cancer tubaire, ensuite le Fibro-Myome utérin avec endométrite non spécifique, les Tumeurs ovariennes et l'hyperplasie de l'endomètre.

Ce sont les examens histologiques par biopsie ou curetage destinés à dépister ces affections qui font fortuitement la preuve de la tuberculose et ceci dans 100 % des cas. (Nos observations).

C'est essentiellement l'étude anatomique minutieuse des pièces opératoires qui met en évidence la lésion tuberculeuse.

La mise en évidence du BK par culture des débris d'endomètre ou de pyométrie est exceptionnellement réalisée, parce qu'on évoque pas assez tôt le diagnostic de tuberculose.

La tuberculose est une affection rare à laquelle on ne pense pas d'autant plus que les aspects cliniques et radiologiques que peut revêtir la tuberculose, sont trompeurs.

L'analyse des antécédents de nos malades ne retrouve aucune notion de tuberculose pulmonaire ni autre, mais, fait important, l'on note :

- Une stérilité primaire (Observation N°6)
- Deux stérilités secondaires (N°4-24 ans, N°5-20 ans)

On peut se demander si cette affection rare, représente une maladie indépendante ou bien n'est que la manifestation tardive d'une tuberculose génitale ancienne, mais complètement latente avant la ménopause.

Il apparait probable que dans la majorité des cas, le début de l'affection se situe après la ménopause.

Il est bien admis, que l'existence d'une muqueuse utérine atrophique n'est pas favorable au développement du processus bacillaire (Dret) . Ceci expliquerait la rareté de cette localisation tuberculeuse post-ménopausique par rapport à celle pré-ménopausique.

La constatation de lésions adhérentielles pelviennes relativement serrées dans nos 2 cas, permettraient d'affirmer une évolution récente plutôt qu'une installation récente de la tuberculose.

Cependant la méfiance est de règle, et l'on ne doit retenir le diagnostic de tuberculose qu'après avoir formellement écarté une étiologie maligne sans méconnaître les possibilités d'association.

III. ETIOPATHPGENIE

Ce qui nous semble intéressant, concerne la date d'installation de cette tuberculose génitale.

S'agit-il d'une apparition récente c'est à dire d'une tuberculose post-ménopausique proprement dite ou bien d'un réveil et d'une évolution de foyers anciens avant la ménopause ?

Le mode d'infection semble obéir à un processus différent :

- chez certaines femmes, l'atteinte génitale s'est constituée précocement à l'âge habituel de la maladie, il s'agirait alors d'un réveil de tuberculose génitale, (obs. N°6, 4, 5).
- le plus souvent la lésion génitale apparaît pour la première fois à un âge avancé , en effet la plupart de nos malades étaient encore normalement réglées et fertiles. (obs. N°1, 2, 3).
- Il semblerait d'après certains auteurs (SERMENT) peu probable qu'une tuberculose génitale qui n'a provoqué aucun trouble jusqu'à la ménopause se manifeste tardivement après l'involution génitale.

ABUREL et Col. notent que dans la moitié de leur matériel clinique : les premières manifestations de tuberculose génitale ont été notées entre 6 et 32 ans après l'infection primaire.

- Chez d'autres femmes le mode d'infection de l'appareil génital ressemble à celui observé habituellement chez les jeunes femmes.

LES VOIES D'INFECTION : peuvent être de trois (3) ordres.

- La voie d'infection directe
- La voie d'infection par contiguité ou par voie lymphatique rare.
- La voie d'infection hématogène habituelle.

1. LA VOIE D'INFECTION DIRECTE

De nos jours, cette voie sans être complètement niée est considérée comme exceptionnelle et seulement par la vulve, le vagin et le col.

Dans ce cas, la contamination vient de dehors, celle-ci se fait d'habitude par l'intermédiaire des mains sales, des objets de toilette.

On a beaucoup discuté sur la possibilité de contamination par les rapports sexuels avec un malade souffrant de tuberculose génito-urinaire, mais cette éventualité est considérée comme une simple coïncidence ou les lésions traumatiques jouent un rôle important.

2. LA VOIE D'INFECTION PAR CONTIGUITE OU PAR VOIE LYMPHATIQUE

En présence d'un foyer bacillaire intra-abdominal, la contamination génitale peut se faire soit par voie hématogène soit par voie lymphatique ou surtout par contiguité d'un foyer voisin.

3. LA VOIE D'INFECTION HEMATOGENE

Est la plus importante et la plus fréquente dans la tuberculose génitale. La dissémination et l'infection de la sphère génitale se font habituellement à court intervalle après le développement du complexe primaire (dissémination post-primaire). Elle peut survenir aussi plutard d'un foyer bacillaire viscéral (dissémination secondaire).

L'ORIGINE DE L'INFECTION GENITALE

La tuberculose génitale est une métastase, une lésion tuberculeuse secondaire à point de départ admis d'un foyer primaire pulmonaire en général.

La thèse soutenant que l'infection part d'un foyer primaire pulmonaire s'appuie sur le fait qu'un grand nombre de malades atteintes de tuberculose génitale ont des lésions pleuro-pulmonaires.

Dans notre matériel clinique, dans le cas de tuberculose génitale chez la femme ménopausée aucune de nos malades ne semble avoir présenté des antécédents bacillaires, mis à part quelques épisodes de toux. Il nous a été cependant difficile d'avoir des renseignements exacts quant à leurs antécédents et surtout le virage de leur cuti. Toutefois dans certains cas, la tuberculose génitale se trouve accompagnée de tuberculose péritonéale (obs 4, 3)

Quand la généralisation de l'infection bacillaire à la sphère génitale, on a tendance à admettre que dans un premier stade de l'infection tuberculeuse génitale, les trompes sont les seuls organes intéressés et que la tuberculose endométriale représente une étape tardive. (SUTHERLAND 1943, SHARNAN 1944, BERLINGER 1946).

Si l'on admettait l'infection par voie canalaire, les tubercules devraient être trouvés pour la plupart dans la couche superficielle de la muqueuse, alors qu'en réalité on les trouve dans la profondeur de la couche fonctionnelle et surtout dans le voisinage des vaisseaux et des glandes, ce qui plaide en faveur pour l'infection par voie hémotogène.

Au total, la lésion primitive péritonéale s'étend aux trompes par voie lymphatique et par continuité. L'endomètre à son tour est atteint par voie endocanaliculaire. Les bacilles tuberculeux étant véhiculés à son niveau par un courant séreux à point de départ péritonéal.

La tuberculose de l'endomètre est ainsi secondaire à une tuberculose tubaire.

Chez d'autres malades la lésion génitale est consécutive à une dissémination hémotogène sans atteinte préalable du péritoine. Cela concorde avec la rareté de l'atteinte des séreuses au cours de la tuberculose des gens âgés.

Dans la plupart des cas, l'infection primaire proprement dite ne se manifeste cliniquement par aucun symptôme et passe inaperçue.

Certains auteurs ont fait des recherches, (chez la femme en période d'activité génitale) en ce qui concerne le temps qui s'écoule entre l'infection primaire, et le moment de l'infection des différents organes en distinguant 4 stades (WALLGREN 1928).

1er STADE

Période des 5-8 premières semaines après l'infection caractérisée par l'apparition de la réaction à la tuberculine, le développement du complexe primaire et parfois par de la fièvre.

2ème STADE

Qui dure environ 3 mois, caractérisé par l'apparition des formes généralisées de tuberculose.

3ème STADE

Comprenant les 3-4 mois et au plus les 7-8 mois suivant l'infection primaire. A ce stade apparaissent parfois des pleurésies ou des péritonites.

4ème STADE

Ont lieu les disséminations aux autres organes y compris les organes génitaux. Le danger d'une dissémination

dure jusqu'à peu près 3 ans après le moment de l'infection après quoi on peut admettre la cicatrisation du complexe primaire dans la plupart des cas.

Il est très important de connaître ces données, car elles, nous renseignent sur la période d'infection primaire lorsqu'on a pas été à même de dépister cette période d'une manière plus précoce par la réaction à la tuberculine.

Outrel'ensemencement hématogène de la sphère génitale et le début clinique de la maladie, il se place un délai variable parfois très grand, la période de latence.

Nous ne parlerons pas de réinfections exogènes, endogènes, mais de métastases et de facteurs d'activation en provenance du milieu interne et du milieu externe.

La possibilité plus rare de métastases génitales parties plutard d'un foyer bacillaire secondaire en activité n'est pas exclue non plus.

D'après PETRESCON et ADUREL, il semble que nous revenons à la situation morpho-physiologique des jeunes filles non pubérées porteuses de foyers bacillaires génitaux latents qui se manifestent seulement après la puberté et surtout après le commencement de la vie sexuelle et après la grossesse.

On ne peut donc parler dans tous les cas de guérison mais plutôt d'une diminution des conditions favorables à l'activation des foyers bacillaires génitaux latents.

- . La plupart des auteurs (BRET et Col., TOWERS, BARDOUR) ont insisté sur le rôle de l'involution génitale après la ménopause : l'atrophie de l'endomètre, la récession du système vasculaire s'opposent à l'évolution du processus tuberculeux et rendent compte de la rareté de l'atteinte tuberculeuse génitale après la ménopause.
- . Par contre, pour d'autres auteurs l'absence de renouvellement cyclique de l'endomètre, semble favoriser le développement d'une éventuelle lésion tuberculeuse ; et l'existence des formes productives ulcéro-caséuses. Ce dernier avis rejoint nos constatations. En effet anatomiquement nos 6 cas sont des tuberculoses productives ulcéro-caséuses.

FACTEURS DU MILIEU INTERNE ET REACTIVITE DE L'ORGANISME DE LA FEMME.

Il paraît que la fréquence de la tuberculose génitale en général, ainsi que les pourcentages de localisation sur les différents segments de l'appareil génital, ne sont pas les mêmes chez tous les peuples. La constitution biologique peut jouer un rôle, mais il est incontestable que les conditions sociales et économiques y ont leur participation particulièrement chez nous.

LE ROLE DES GLANDES ENDOCRINES DANS LA REACTIVITE DE L'ORGANISME

- LES DESTROGENES

D'une manière empirique on a longtemps fait de la folliculine un facteur disséminant important dans la tuberculose génitale, en s'appuyant sur les déclenchements évolutifs de la puberté, les exacerbations du post-partum, la coïncidence avec le fibrome, etc

D'autre part, on a considéré que l'utérus hypoplasique constitue un état favorisant l'apparition de la tuberculose génitale, comme si les oestrogènes rendaient la sphère génitale plus résistante à l'égard de l'infection.

Toutefois à la suite des recherches effectuées en clinique NEVINNY - STICKEY (52) soutiennent que l'hyper-foliculinémie constitue l'un des facteurs favorisant de la localisation des BK. S'appuyant sur le fait que les *biopsies* d'endomètre *révélaient* dans 24 % des cas une hyperplasie glandulo-kystique de la muqueuse.

En analysant les recherches effectuées sur la corrélation des hormones oestrogènes et la tuberculose génitale, SCHAEFER en 1954 remarque que les résultats obtenus sont variés et non concluants.

D'autre part, et il faut le souligner que ce sont les femmes âgées qui présentent les tuberculoses endométriales les plus prononcées. Parfois l'insuffisance ovarienne n'est pas le résultat de l'infection tuberculeuse, mais elle constitue au contraire une cause favorisante déjà existante pour la localisation de la bacillose sur les organes génitaux.

ABUREL et Col. ont montré depuis 1954 qu'une hyperoestrogénie modérée ne constitue pas un facteur aggravant dans la pathogénie de tuberculose génitale.

Il semblerait par ailleurs qu'une action oestrogéno-progestéronique dans les limites normales ou légèrement au dessus de celle-ci est favorable au processus général de défense.

Au contraire, dans le cas d'une activité oestrogéno-progestéroniques diminuée, ainsi que ceux présentant une hyper-oestrogénie importante ont une réactivité immunitaire déficitaire et un pronostic clinique plus mauvais.

- L'HORMONE-THYROIDIENNE

Le rapport qui existe entre la thyroïde et la tuberculose a fait l'objet d'une simple étude de l'école roumaine, qui a montré que l'infection tuberculeuse influence la glande thyroïde provoquant une hyper-thyroïdie qui relève de la toxémie bacillaire ainsi que de l'action réflexe sur le système d'encéphalo-hypophysaire, partie de l'organe malade. Il fait rappeler que la thyroïde réagit en général violemment aux infections, et si l'infection se prolonge on peut arriver à l'épuisement fonctionnel de la glande.

Les dosages de l'iodémie ont confirmé l'épuisement de la réserve en iode dans les infections graves ou prolongées.

En ce qui concerne l'influence de l'hormone thyroïdienne sur la tuberculose, les données sont contradictoires.

- L'ACTION DES HORMONES CORTICO-SURREALIENNES SUR
L'INFECTION TUBERCULEUSE

- . Au niveau de toute infection en évolution, il existe un conflit neuro-hormonal entre les tendances d'extention de l'inflammation et les tendances anti-inflammatoires. Ces dernières relèvent principalement des hormones protido-glucidiques par l'intermédiaire de l'hormone corticotrope (ACTH).

Les glucocorticoïdes et l'ACTH provoquent une inhibition dans l'évolution normale des processus anti-inflammatoires. Il y aurait une réduction de la vascularisation, de la congestion des capillaires, de la diapédèse et de la migration leucocytaire. Les substances cortisoniques inhibent aussi le développement des fibroblastes et la formation des fibres collagènes.

- . En tuberculose, les gluco-corticoïdes ont une action seulement sur l'élément non spécifique. Leur effet se traduit par la disparition rapide des zones exsudatives, sans lésions spécifiques qui se trouvent à proximité des foyers bacillaires.

D'autre part, par l'inhibition de la formation des fibroblastes, le développement des fibroses intersticielles est freiné et l'extention des scléroses périphériques est réduite au maximum.

Il serait donc très important d'utiliser les substances cortisoniques en début de traitement pour prévenir la formation de foyers fibre-scléreux, qui empêchent les bactério-statiques de pénétrer jusqu'aux foyers bacillaires.

-- L'AGE

Est un facteur impotant dans l'étio-pathogénie de l'infection tuberculeuse.

L'évaluation de la morbidité et de la mortalité rapportée aux différents âges montre l'existence de certaines périodes de morbidité et de mortalité aux taux croissants, à côté d'autres périodes avec pourcentage diminué.

La première période de morbidité et de mortalité importante est celle de la petite enfance. La période de la puberté et de l'adolescence ; la morbidité et la mortalité surtout dans la tuberculose genitale. A ce moment intervient l'excitabilité particulière neuro-psychique ainsi que les facteurs endocriniens tels que les hormones oestrogènes, l'hormone thyroïdienne, les hormones gonadotropes et certaines stéroïdes surrénaliens.

Après cet âge la courbe de morbidité et mortalité par la tuberculose baisse, et pour les femmes reste à peu près au même niveau avec de petites variations en fonction des conditions de milieu d'alimentation, de surmenage, d'autres maladies, etc.....

Mais fait important, après la cinquantaine, on constaterait une deuxième période de recrudescence de la tuberculose, qui s'explique par les modifications neuro-trophiques dépendant du déséquilibre hormonal de cet âge et de la diminution de l'élaboration des anticorps consécutifs.

L'âge de nos malades oscille entre 48 et 56 ans.
Parmi nos 6 cas nous pouvons les partager en 2 groupes :

- 3 cas (N°1, 2, 3) n'ont eu aucune affection gynécologique au cours de leur activité génitale, comme en témoigne leurs grossesses successives : l'on peut dire que leur tuberculose n'est apparue qu'à la ménopause.
- Par contre les 3 autres cas :
 - . l'une a eu une stérilité primaire (N°6)
 - . les deux autres ont eu une stérilité secondaire (N°4, 5) et chez lesquelles aucune investigation n'a été entreprise au cours de leur activité génitale. De plus leurs antécédents, ne témoi-

gnent d'aucune affection bacillaire. Leur tuberculose était alors latente et n'a éclaté que lors de la ménopause favorisée par les désordres endocriniens comme nous l'avions signalé plus haut.

Mais grace à l'utilisation fréquente du curetage biopsique au cours des métrorragies, on a observé que dans la ménopause, la tuberculose génitale n'est pas si rare qu'on le croyait. Parmi nos malades :

- 2 ont entre 48 et 50 ans (N°4, 5)
- 4 ont entre 50 et 55 ans (N°1, 2, 3, 6)

Beaucoup d'auteurs citent des cas diagnostiqués même après 60 et 70 ans. SCHLIMBERT mentionne un cas de tuberculose à l'âge de 90 ans.

AU TERME DE NOTRE ETUDE

Il est intéressant d'envisager certains problèmes nous retiendrons que :

1. Dans l'infection bacillaire, on admet que dans la plupart des cas la contamination est effectuée par voie aérienne . La contamination par voie digestive est plus rare, et quant aux autres voies elles sont tout à fait exceptionnelles. (génitale, cutanée, etc.....)

2. Les modifications locales, les lésions, dépendent de l'intensité et du type de réactivité générale, de la capacité de défense de l'organisme. L'état local des tissus, par leur degré de vascularisation, d'innervation vaso-motrice et trophique et par le caractère du tissu conjonctif impregnent le mode et l'intensité de la réactivité locale.
3. Dans l'évolution de la tuberculose, on distingue d'après RANKE, 3 périodes :
- 1ère période : formation du complexe primaire
 - 2ème période : étape anaphylactique (phénomène de KOCH)
 - 3ème période : calcification et fibrose : stade de tuberculose isolée de l'organe.

Actuellement dans l'évolution de la tuberculose, on accepte seulement 2 étapes (d'après HEDVALL 1948).

- 1ère période : comprend le complexe primaire
- 2ème période : ou stade de tuberculose secondaire commence au moment où le complexe I se trouve depuis plusieurs années en état d'inactivité, et l'époque de dissémination primaire est passée.

D'après cette conception, la métastase génitale se produisait presque toujours dans la période d'infection primaire et a lieu souvent dans le jeune âge.

Ensuite cette métastase génitale peut entrer en activité en général plus tard.

Les métastases ne deviendront pas toutes actives. Certaines restent inactives, se resorbent, deviennent fibreuses, peuvent guérir, d'autres même continuent à contenir des bacilles vivants, formant ainsi des foyers latents susceptibles d'entrer en activité longtemps après leur formation sous l'influence de certains facteurs internes, locaux ou généraux, de même que sous l'influence des facteurs externes.

IV. E T U D E

A N A T O M O - P A T H O L O G I Q U E

Seule la mise en évidence du B.K., soit par culture soit par inoculation au cobaye d'un fragment d'endomètre, permet d'affirmer la tuberculose sans erreur.

En fait, cette certitude est rare, nécessitant examens répétés et techniques bactériologiques minutieuses.

Par contre, l'image histologique d'une lésion tuberculeuse est généralement suffisamment spécifique pour que l'on puisse affirmer la tuberculose. Il est aussi nécessaire dans de tels cas, de procéder à des prélèvements nombreux sur une même pièce opératoire et dans les cas litigieux d'épuiser les fragments par coupes seriées ou semi-seriées.

LE CORPS UTERIN

Il existe dans le corps utérin :

- des lésions grossières, dont la nature tuberculeuse est évidente.
- des lésions discrètes, dont la nature tuberculeuse peut soulever des discussions.

On peut rencontrer différents types de lésions :

a) LES LÉSIONS EXSUDATIVES

Particulièrement au niveau de l'endomètre, se présentent comme de petites zones punctiformes mal limitées, constituées par des éléments ayant l'aspect de polynucléaires, mais qui à un examen plus précis sont des débris de noyaux. Parfois une petite plage eosinophile évoque la possibilité d'une caseification débutante. En périphérie, le remaniement épithélio-giganto-cellulaire parfois incomplet : fait de cellules allongées à disposition pallissadique.

Même si les cellules multinucléées ne s'y rencontrent pas encore et si l'aspect général n'a rien de spécifique, l'hypothèse d'une exsudation tuberculeuse avec début de nécrose doit être soulevée. Il faut noter que certaines localisations tuberculeuses débutantes ont parfois été méconnues et prises pour une exsudation banale. Dans ces cas les coupes sériées sont indispensables.

Cependant, les lésions exsudatives sont rarement isolées et s'accompagnent d'une nécrose, avec remaniement folliculaire, qui permet le diagnostic étiologique.

Ce remaniement est assez souvent complet avec petite zone de nécrose caséuse englobée plus ou moins dans le cytoplasme de la cellule, de LANGHANS palissade de cellules épithéloïdes et couronne de cellules lymphoïdes . Toutes les zones de transition peuvent se voir d'ailleurs entre l'îlot lymphocytaire et le follicule complet.

b) LES LÉSIONS ULCÉRO-CASÉEUSES et FIBRO-CASÉEUSES

- Les premières témoignant surtout de tuberculose au long cours, évolutives et longtemps méconnues par la suite de la négligence surtout de l'âge de la malade, ce sont les plus fréquentes.

Dans l'utérus, la tuberculose ulcero-caséuse se traduit par un aspect tomentueux , bosselé, par endroits cratériforme, de couleur blanc jaunâtre et de consistance mastic.

Sous le microscope, ce sont des nappes caséuses plus ou moins arrondies et coalescentes s'enfonçant dans le myomètre et entourées par un remaniement discret de cellules épithéloïdes et géiganto-cellulaires.

- Les lésions fibro-caséuses sont rares au niveau du corps utérin.

De tailles variables, arrondies, polycycliques caractérisées surtout par une épaisse coque scléreuse au centre de laquelle apparaît le caséum.

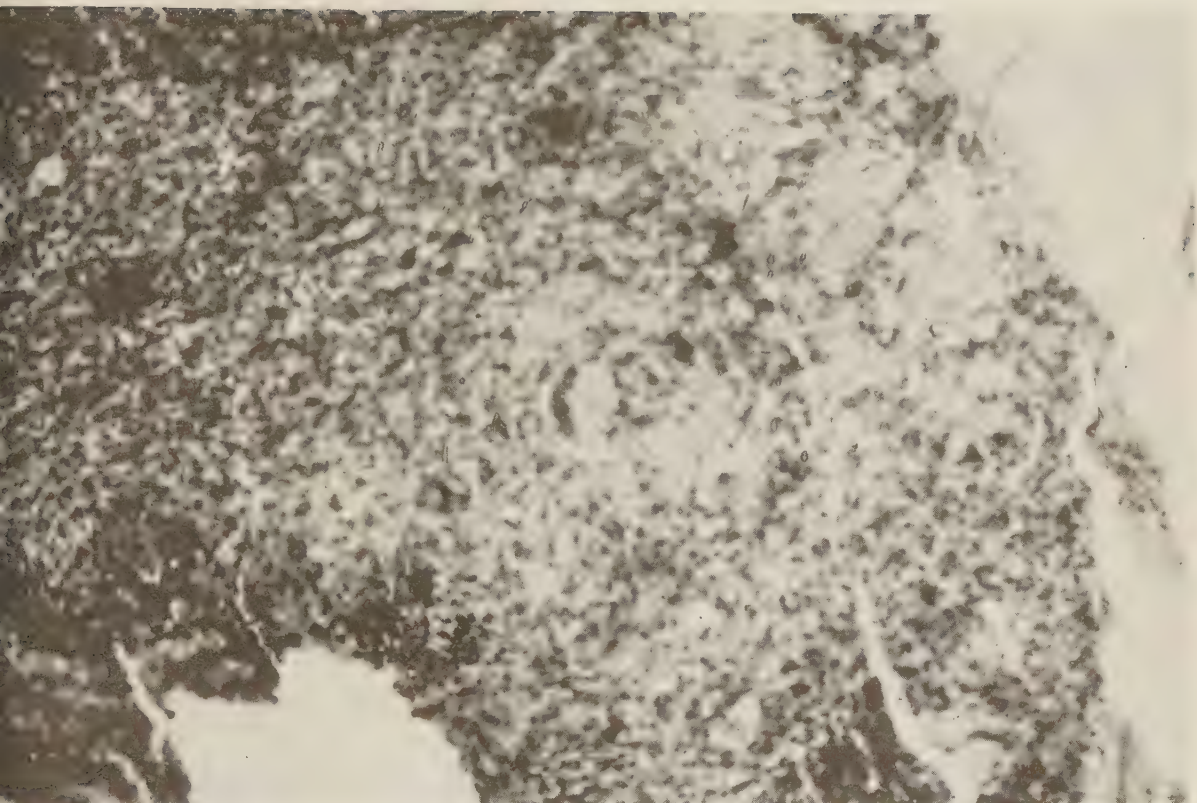
Quelques aspects atypiques sont à signaler :

- Les follicules débutants, se présentent volontiers comme des îlots de lymphocytes, de tailles diverses sans caractères spécifiques. Cependant la succession des phénomènes sur un même fragment prouve souvent leur étiologie tuberculeuse.

En particulier la présence de débris nucléaires, ou de cellules réticulaires à cytoplasme clair, et à noyau boursouflé au centre de l'îlot sont des signes assez fidèles.

La présence de ces îlots pose le problème de l'endométrite sub-aigue banale et de la tuberculose atypique

Au total : une zone de nécrose tissulaire, la présence de cellules réticulaires au centre d'un îlot lymphocytaire, et surtout la localisation près



Observation N°1 (Mme B...Djamila 55 ans)

Tuberculose Endométriale.-

"..Larges Formations giganto-cellulaires type
Koester effondrant la muqueuse. "

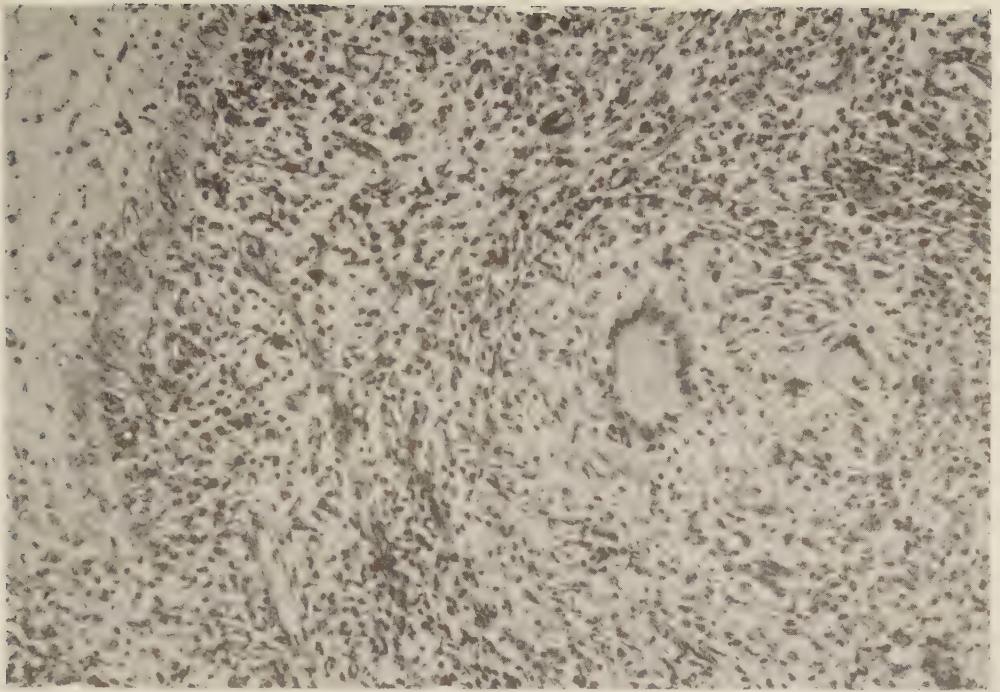
des tuberculoses glandulaires paraissent comme des signes qui permettent de soupçonner la tuberculose..

- Les follicules très remaniés par une évolution scléreuse, peuvent lorsqu'ils sont isolés poser un problème de diagnostic.

LE COL

Macroscopiquement, on peut décrire 3 types

- a) Le type ulcéreux : ulcération serpiginieuse en cratère avec fond rouge, grisâtre velouté.
- b) Type papillaire végétant, le plus évocateur : végétations très friables, hémorragiques, de coloration rouge grisâtre, fongueuse la plus fréquente chez la femme ménopausée, et qu'on confond de prime abord avec le cancer du col.
- c) Type miliaire rarissime, on peut y ajouter
- d) Type interticiel, tuméfaction violacée du museau de tanche, et
- e) Type endo-cervical



Observation N°4 (G...Malha)

Tuberculose Type exo-cervicale

".. Présence au niveau de l'exocol:de nombreux follicules,
Tubercules caractéristiques au sein d'une muqueuse malpighienne.
Endocol sensiblement normal."



Observation N°5 (Mme B..Fatma)

Tuberculose Type endocervicale.

Histologiquement

Les formes ulcéreuses réalisent un foyer typique d'ulcération folliculaire.

La nature de la lésion est définie par la présence du follicule tuberculeux de KOESTER. Ce dernier est situé assez profondément dans le charion ou bien dans l'axe conjonctif des formations polypoïdes.

Typiquement, il comporte : une cellule géante type LANGHANS avec couronne de cellules épithéloïdes.

Dans d'autres cas plus discutables, seul existe l'un ou l'autre de ces deux éléments. L'infiltration lymphoïde est toujours dense.

La présence de zones d'infiltration secondaire non spécifique est fréquente. Elles se traduisent par des infiltrations lympho-plasmocytaires à prédominance plasmocytaire situées en général plus superficiellement que les lésions tuberculeuses.

Le diagnostic du tissu permet de préciser le siège de la lésion tuberculeuse. Le plus souvent la lésion tuberculeuse est développée au sein d'une muqueuse, type endocervicale en hyperplasie polypoïde ou adenomatoïde.

(3 cas sur 4 : obs. 2, 5, 6)

Plus rarement c'est la muqueuse à revêtement malpighien de l'exocol qui est intéressée par le processus tuberculeux. (obs. N°4).

LES TROMPES

La tuberculose des trompes constitue le premier temps de l'infestation bacillaire de l'appareil génital. Elle serait extrêmement fréquente.

On peut classer les différentes formes anatomiques en :

1. Formes miliaires :

aigues, subaigues et chroniques, tantôt sèches , tantôt ascitiques . Les trompes sont rouges, turgescentes. La séreuse est saupoudrée de granulations blanchâtres et jaunâtres.

2. Les formes ulcéro-caséuses et fibro-caséuses

s'accompagnent de pelvi-péritonite . Les trompes bouchées, tantôt dures, tantôt ramollies sont agglutinées avec les ovaires dans un magma qui comble le Douglas.

3. Les formes avec épanchement intra-tubaire

hydrosalpinx et pyosalpinx ou abcès froid tubaire. Les trompes sont distendues, lisses, mobiles, parfois énormes.

A l'ouverture, on trouve un liquide clair ou louche, parfois hématique, tantôt un pus crémeux.

Histologiquement

- Dans les cas typiques la paroi tubaire est pedomée de follicules giganto-épithéloïdes de KOESTER. Ils sont extrêmement nombreux, parfois confluent.

LES OVAIRES

La question de la tuberculose ovarienne peut être, semble-t-il démembrée en cinq propositions :

1. La présence des nodules caséux évoluant vers la confluence et aboutissent à l'abcès froid ovarien est une notion classique : ALBERTIN (1908), LENORMANT et MOULONGUET (1920). Ces lésions sont d'ordinaire bilatérales, elles coexistent toujours avec une salpingite bilatérale. L'erreur au microscope consiste à ignorer les gommes en prenant les grandes cellules lutéiniques. C'est ainsi qu'on a pu considérer comme "abcès du corps jaune" ou "hématome ancien du corps jaune" des lésions qui étaient en réalité des gommes caséeuses du stroma ovarien.
2. Parfois les ovaires sont enfouis dans une gangue de pelvi-péritonite fibro-caséuse dont il est difficile de les disséquer : ils sont tuberculisés par contiguité.
3. Au contraire dans les salpingites folliculaires communes, l'ovaire est pratiquement toujours intact, même microscopiquement.

4. Jamais on n'a constaté de tuberculose ovarienne isolée, évoluant pour son propre compte, sans atteinte des trompes.
5. Il est probable que certaines lésions associées constituent un point d'appel, c'est ainsi que chez une femme hystérectomisée onze ans avant, VALENSI a constaté une endométriose avec tuberculisation. Il est possible que l'activité fonctionnelle des enclaves endométriales ait créé des conditions locales favorisant la fixation des bacilles de Koch.

Citons les cas classiques de tuberculisation des kystes de l'ovaire aussi bien muqueux que dermoïdes.

V. FORMES CLINIQUES

CONSIDERATION SUR LE DEVELOPPEMENT DES FORMES CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE GENITALE DE LA FEMME MENOPAUSEE

La constitution des lésions et des formes cliniques relève d'un mécanisme physio-patho complexe, dans lequel les micro-organismes (BK), l'organisme de la femme et le milieu externe s'influencent réciproquement. La réactivité de l'organisme, le type de système nerveux impriment leur influence sur les modalités de comportement envers les bacilles et les toxines.

Les métastases bacillaires initiales, détiennent potentiellement toutes les capacités de développement, à la faveur d'un fléchissement de la réaction de défense de l'organisme. Les lésions qui caractérisent les différentes formes anatomo-cliniques sont dues à un processus de réactivité, quelquefois de réinfection hémotogène partie d'anciens foyers restés à l'état latent.

Il faut noter que le BK arrivé (ainsi dans un organe) provoque par des toxines une réaction au niveau des cellules parenchymateuses et surtout du TC et des Vx qui se traduit, par un foyer avec très peu d'exsudat et de diapésède leucocytaire.

Cette forme d'exsudation est une forme constante quelque soit le mode d'inoculation ou les conditions tissulaires au moment de l'infection.

Dans l'évolution des micro-lésions bacillaires génitales, on peut rencontrer :

1. La forme exsudative, quand les conditions qui ont existé au début continuent et que les phénomènes exsudatifs persistent.

La forme exsudative se traduisant surtout par la tuberculose salpingo-péritonéale ascitique et, par la tuberculose macro-lésionnelle fibro-caséuse avec poches séreuses péri-annexielles.

2. La forme productive proliférative dans laquelle la cellule exsudative est discrète et la réaction tissulaire productive revêt une évolution rapide et puissante ; les cellules histiocytaires et fibroblastiques constituent les follicules tuberculeux.
3. La forme fibro-scléreuse apparaît tardivement et relève de la multiplication des fibroblastes autour des lésions bacillaires.

Du point de vue macroscopique, la plus petite formation visible à la loupe est la granulation tuberculeuse, nait ensuite le tubercule miliaire gros comme un grain de millet et enfin les tubercules de grandeur variable dépendant du degré de coalescence.

Les lésions bacillaires exsudatives et productives peuvent avoir les évolutions suivantes :

1. LA CASEIFICATION est de règle, elle commence dans le centre du nodule par une dégénérescence graisseuse suivie d'un processus de nécrose due à la toxine bacillaire et aux ferments leucocytaires.

Dans cette matière caséeuse, le BK peu persister dénué même de toute manifestation clinique mais dans certaines conditions les foyers peuvent devenir actifs. Par hydrolyse, la matière caséeuse devient fluide et se transforme en pus tuberculeux. La caseification plus fréquente dans les lésions annexielles et cervicales sont très rares dans les lésions de l'endomètre. En s'étendant les tubercules bacillaires peuvent envahir les organes cavitaires voisins, constituant des fistules.

2. L'ULCERATION, autre forme évolutive est due à un processus extensif et destructif, déterminé par les follicules tuberculeux qui occupent les bords.

3. LA SCLEROSE est plus prononcée dans les lésions folliculaires, étant l'expression d'une réaction tissulaire locale plus vive. La sclérose s'étend autour du foyer mais bientôt pénètre aussi dans le foyer inflammatoire (sclérose d'encerclement et de pénétration). Les résultats du processus cicatriciel sont différents : dans les lésions sans caséification, les états inflammatoires peuvent être totalement remplacés par un tissu conjonctif fibro-scléreux.

"Les BK se trouvant dans les cellules géantes folliculaires, encapsulés par le processus scléreux, peuvent rester vivants et virulents, capables de se reproduire après des années entières".

Ce processus de sclérose explique les synéchies utérines, les obstructions et les sténoses tubaires, les adhérences viscérales pelviennes. Dans ce cas des poussées évolutives peuvent survenir parfois après une longue période de latence.

Par les mécanismes physio-pathologiques, une série de formes anatomo-cliniques peuvent se constituer au niveau des organes génitaux. Les aspects morpho-pathologiques qu'on rencontre dans la tuberculose génitale ne sont pas d'un seul type lésionnel ; on rencontrera fréquemment la coexistence des différents types de lésions tuberculeuses et des lésions d'âge varié.

CLASSIFICATION DES FORMES ANATOMO-CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE GENITALE

La classification générale de DIETEL (1943) distingue la tuberculose inférieure (col, vagin, vulve) et la tuberculose supérieure (ovaire, trompe, utérus).

LA TUBERCULOSE INFÉRIEURE

Les formes cliniques de tuberculose inférieure (vulve, vagin, col) sont rares, elles sont soumises au contrôle visuel et sont aisément accessibles aux moyens de diagnostic et de thérapie.

Les auteurs plus anciens reconnaissaient l'inoculation directe comme fréquente, aujourd'hui celle-ci admise comme quelque chose de tout à fait exceptionnel.

- Le chancre primaire d'inoculation présente un épisode particulier qui doit être connu et pris en considération pour le diagnostic différentiel dans tous les cas de tuberculose inférieure.

- LA TUBERCULOSE VULVAIRE

Est une localisation rare (aucun cas parmi nos observations) parmi tous les cas de tuberculose génitale.

ADUREL et Col. ne signalent aucun cas dans leur travail. La contamination vulvaire se fait en règle par voie sanguine, elle apparait comme une complication de la dernière période d'une tuberculose généralisée. Parmi les formes anatomo-cliniques de la tuberculose vulvaire, on distingue :

- La forme ulcéreuse
- La forme ulcéro-hypotrophique (Estionème)
- La forme hypotrophique ou lupus-vulvaire.

- LA TUBERCULOSE VAGINALE

Elle est rare aussi. Aucun cas n'a été observé chez nos malades.

- LA TUBERCULOSE DU COL

Parmi les formes anatomo-cliniques :

- La forme végétante apparait la plus fréquente à côté de la forme ulcéreuse.
- A l'examen au spéculum le col apparait couvert de formations végétantes, d'habitude sensibles, de couleur rouge violacée, friables et saignantes. Quelquefois celles-ci prennent une forme proliférante, polypoïde et d'autre fois elles se con-

fondent facilement avec une néoplasie du col.
L'examen histologique mettant en évidence les
lésions spécifiques tranche le diagnostic.

- LA FORME MILIAIRE

Très rare, se caractérise par la présence de follicules tuberculeux à la surface du chorion muqueux, légèrement proéminants parfois confluent et ulcérés avec un aspect festonné, le col de l'utérus est presque trop grand et hypertrophique.

Dans n'importe quelle forme macroscopique, les examens microscopiques seuls mettent en évidence les follicules caractéristiques avec les cellules géantes ; dans les couches superficielles les follicules sont toujours des cellules épithéloïdes et lymphoïdes.

Dans la tuberculose endo-cervicale 2 formes :
ulcérate fréquente, et végétante, latente n'étant découverte que si l'on effectue systématiquement un curetage fractionné dans les cas suspects de tuberculose génitale. Elle est découverte d'habitude lorsque la formation végétante s'exteriorise en traversant l'orifice externe du col.

La symptomatologie de toutes les localisations de la tuberculose génitale cervicale n'a rien de caracté-

ristique. L'examen objectif dirige le clinicien plutôt vers une cervicite banale ou bien une néoplasie. Dans d'autres cas on pense à la syphilis et aux lésions pseudo-tuberculeuses.

Le plus souvent on trouve une leucorrhée cervico-vaginale jaune purulente, striée de sang, résistance au traitement; ou des métrorragies habituellement modérées rarement plus abondantes. La chronicité, les ATC bacillaires, le toucher vaginal et notamment l'examen attentif avec le spéculum, l'expression du col aident le diagnostic.

Face à une cervicité rebelle aux traitements habituels, et surtout à l'électro-coagulation il est important de faire une biopsie pour en préciser l'étiologie. La plupart du temps on passe à côté du diagnostic de tuberculose du col (notre exemple traité à la radio-thérapie).

La biopsie est essentielle pour le diagnostic de certitude. Certains auteurs insistent sur la recherche du BK, mais cette recherche très onéreuse dans les exsudations cervicales n'est pas trop satisfaisante. Parmi nos malades la recherche a été négative dans les 3 cas.

La colposcopie, elle aussi n'est pas concluante, seule la biopsie peut élucider le diagnostic. Le pronostic vital est généralement favorable, le traitement est essentiellement médical, local et général.

LA TUBERCULOSE SUPÉRIEURE : l'endométrite tuberculeuse

Réalise une forme trompeuse tant son diagnostic évoque au premier chef le cancer. Les malades étant rarement vues au début de l'évolution.

Le plus souvent on se trouve devant des malades venant consulter pour une métrorragie ou une leucorrhée abondante :

L'examen au spéculum montre un col sain, ce qui oriente vers l'étage supérieur d'où la nécessité de pratiquer une H.S.G. et un curetage biopsique.

L'aspect des fragments retirés est souvent évocateur : masse blanc rosé, frais de grenouille, consistance gruméleuse parfois parsemée de quelques granulations jaunes.

L'examen histologique montrant une hyperplasie papillaire de la muqueuse avec réaction inflammatoire et présence de follicules tuberculeux permet le diagnostic avec le cancer.

La reproduction indéfinie des lésions au niveau de l'endomètre pose des problèmes importants concernant l'histogénèse du processus tuberculeux.

En effet, écrit DELARUE et Col. à l'inverse des nodules folliculaires des autres viscères (nous ajoutons

ici l'endomètre à la ménopause), qui une fois constituées demeurent longtemps inchangés, les altérations endométriales offrent cette particularité unique parmi les déterminations viscérales de la tuberculose de ne persister dans l'âge que pendant la durée d'un cycle menstruel.

"Ainsi ajoutent-ils, les lésions de l'endométrite tuberculeuse sont éphémères, en 28 jours, elles maintiennent leur développement, arrivent à maturation pour être éliminées avec la phase menstruelle et se reproduire au cycle suivant".

Cela explique que chez la ménopausée, l'endomètre étant au repos les lésions tuberculeuses n'étant pas éliminées avec le flux menstruel, l'évolution du processus tuberculeux entraîne la formation d'une masse tumorale

- FORME TUBAINE

Il n'existe pas de tuberculose endométriale sans atteinte des trompes. Elle est donc très fréquente.

- FORME OVARIENNE

La tuberculose ovarienne isolée est connue depuis longtemps, elle est tout à fait exceptionnelle chez la femme ménopausée.

FORMES ASSOCIEES

Association au cancer : cette association signalée depuis longtemps, se rencontre de même assez rarement (aucun cas sur les 6 observations).

Dans la plupart des cas publiés il s'agit de néoplasie utérine, d'épithélioma cervical ou d'adénocarcinome.

La coexistence de la tuberculose avec le cancer pose un difficile problème, tant en ce qui concerne le diagnostic que le pronostic et le traitement.

La coexistence est nette lorsque la tuberculose et le cancer occupent des zones différentes de l'utérus. Mais lors d'une superposition, il devient malaisé de différencier les lésions réactionnelles, atypiques de l'épithélioma dues à la tuberculose, des lésions cancéreuses et généralement du cancer in situ : l'association de l'infection bacillaire avec le cancer dans les lésions endométriales surtout dans celles revêtant un aspect prolifératif, pose aussi parfois des problèmes épineux de diagnostic.

Il faut souligner que l'établissement du diagnostic de l'association de ces 2 lésions est le plus souvent fortuit en suspectant la plupart du temps, le néoplasme.

Le développement de la colposcopie, de la biopsie cervicale dirigée, du curetage biopsique endo-cervical mèneraient certainement à l'augmentation du nombre de cas, en évitant certaines erreurs de diagnostic par la prise de la tuberculose pour un épithélioma.

En accord avec les données concernant l'évolution de l'infection bacillaire, c'est le processus inflammatoire tuberculeux qui apparaît d'habitude le premier, favorisant ultérieurement le développement de la néoplasie. Les 2 lésions apparaissent indépendamment l'une de l'autre. L'association tuberculose-cancer se rencontrerait le plus souvent au niveau du col utérin (siège habituel du néoplasme).

Après l'établissement du diagnostic du cancer, apparaît la difficulté de préciser le stade de la lésion maligne et dans quelle mesure l'infiltration pelvienne dépend du cancer et en quelle mesure elle exprime l'infection tuberculeuse.

Le traitement doit intéresser autant la tuberculose que le cancer la conduite à tenir vis à vis du néoplasme devrait avoir priorité bien entendu après une préparation par les tuberculo-statiques autant qu'il est possible.

L'association à d'autres infections

L'infection secondaire peut survenir spontanément ou à la suite d'une fistule. Son apparition rend plus difficile le diagnostic de tuberculose génitale si celle-ci n'était pas connue auparavant.

Le diagnostic de cette association est très important pour pouvoir instituer une thérapeutique bivalente efficace. La thérapeutique préalable de l'infection associée même discrète prévient les poussées inflammatoires banales ou bacillaires susceptibles d'être déclenchées par les manoeuvres pratiquées lors du diagnostic de tuberculose génitale.

Association à l'endométriose est rare

Association aux tumeurs annexielles sont plutôt rares

Association à d'autres localisations tuberculeuses

La tuberculose étant une maladie générale et les différentes localisations étant dues à des métastases bacillaires ; il est normal que la tuberculose génitale coexiste avec d'autres localisations de la maladie.

Ce qui est plus caractéristique et plus intéressant (ADUREL) dans cette coexistence est que les différentes localisations ne se trouvent jamais au même stade

évolutif. Chaque localisation a son évolution propre, dépendant de la réaction tissulaire locale de défense. Et souvent la manifestation clinique d'une association, met dans l'ombre l'existence surtout latente des autres associations.

Ainsi, l'on doit s'attendre à l'association d'une tuberculose génitale manifeste à d'autres localisations latentes, et aussi à une tuberculose latente, quant aux manifestations cliniques.

Vu la latence parfois totale de certains foyers viscéreux, cette association échappe souvent au cours d'investigations : elle doit être recherchée par conséquence, dans le temps, non seulement dans le passé mais aussi dans l'avenir pendant une longue période.

Il est utile de connaître ces associations cliniques pour le diagnostic de la tuberculose génitale, mais aussi pour le pronostic et la thérapeutique complexe nécessaire.

Association à la tuberculose pulmonaire

Association à la tuberculose péritonéale

Association à la tuberculose urinaire

La fréquence des lésions bacillaires de l'appareil urinaire et surtout des lésions réno-urétérales associées à la tuberculose génitale est un problème d'actualité. Dans les 500 cas de tuberculose ABUREL trouve une tuberculose rénale associée dans 1,6 %

DELLERIANE (1962) pratiquant des ensemencements n'a rencontré aucun résultat positif (cela nous incite à la chercher chez la femme ménopausée).

La coexistence fréquente de la tuberculose génitale et tuberculose rénale a amené BURGHELE et ALBESCOU (1964) à parler d'une tuberculose uro-génitale aussi chez la femme.

Cette conception de tuberculose uro-génitale féminine semble bénéfique et doit par conséquent avvertir le médecin et le pousser à mettre en oeuvre les investigations diagnostiques.

Dans tous les cas de tuberculose génitale il faut analyser minutieusement les antécédents et répéter les investigations urinaires (pyurie, hématurie, ensemencement et inoculation) pour identifier les associations tuberculose génitale - tuberculose rénale. Devant tout cas suspect une urographie intra-veineuse sera demandée.

Il paraît que la tuberculose urinaire s'associe le plus souvent à la tuberculose génitale. Le diagnostic précoce de la tuberculose rénale à une tuberculose génitale doit être un objectif capital pour le gynécologue, car il s'agit de sauvegarder un organe d'importance vitale, survenant dans les cas suspects de tuberculose urinaire, le médecin urologue doit effectuer des examens gynécologiques minutieux, en vue de déceler le plus tôt possible la dissémination hématogène dans le tractus génital.

Dans nos 6 cas, les explorations rénales, ne se sont limitées, qu'à l'Urographie intra-veineuse. Celle-ci a été normale chez toutes les malades.

VI. LE DIAGNOSTIC

A. DIAGNOSTIC POSITIF

L'établissement du diagnostic de la tuberculose génitale s'effectue en général en deux étapes :

- Le diagnostic clinique
- La confirmation du diagnostic, qui comprend :
 - . Les méthodes biologiques
 - . Les méthodes radiologiques et histologiques

1. LE DIAGNOSTIC CLINIQUE a une grande importance pratique

Il s'apprécie d'abord sur l'analyse minutieuse des antécédents bacillaires, personnels et familiaux.

- L'interrogatoire : s'intéressera surtout aux manifestations pleuro-péritonéales, ganglionnaires, digestives, ostéo-articulaires.

On continue par l'information systématique de l'état de toutes les fonctions génitales et sur le caractère des manifestations constatées. On s'intéressera au caractères des sécrétions vaginales et cervico-utérines, la date de la première menstruation, la régularité des cycles menstruels et leurs intervalles, leur durée et leur quantité.

Il est très important de connaître les troubles éventuels de la fonction de procréation : telle la stérilité (comme nous le voyons dans nos observations, 3 cas sur 6).

- Les signes fonctionnels

Les raisons qui ont amené nos malades à consulter sont surtout :

- Les métrorragies : qui constituent le motif le plus fréquent de la consultation (5 cas sur 6).

Elles sont spontanées ou provoquées généralement peu abondantes, mais inquiétantes par leur ténacité.

- La douleur : a été observée dans 2 cas sur 6

"Ventre douloureux - ventre douteux" disait LAFFONT.

La douleur comme on la constate ne constitue un signe de valeur que quand elle est associée aux métrorragies ou à la leucorrhée.

Mais plus significatives semblent les poussées évolutives, répétées, séparées par de longues périodes de latence.

- La leucorrhée : (3 cas)

Signalons le cas d'une malade se plaignant de leucorrhées importantes, véritables débâcles à type de "vomique" avec trainées sanguinolentes.

C'est classiquement un signe d'appel fréquent.

- Les autres signes généraux :

Il s'agit de malades en bon état général. Les signes généraux sont normaux comme c'est habituel au cours de la plupart des observations de tuberculose génitale. Les hémorragies de faible abondance sont apparemment sans conséquences importantes.

- Les signes physiques :

- L'examen au spéculum est le premier temps au niveau du col : c'est aussi le temps essentiel dans les lésions cervicales.

Conduit avec les précautions et la vigueur habituelle, exposant et éclairant largement le col il montre à ce niveau : 3 types de lésions :

- proliférative la plus fréquente
- ulcéreuse
- miliaire

- Le toucher vaginal met en évidence :

- dans la tuberculose du col :

Un gros col, qu'une exploration plus attentive fait apparaître parfois de surface irrégulière, mais fait essentiel, il n'existe pas de zone d'induration au sein de ces anomalies en relief.

- dans la tuberculose de l'endomètre :

Le corps utérin est tantôt normal, tantôt dur, cylindroïde, sensible, il devient toujours un peu augmenté de volume, de consistance dure.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal fait parfois apparaître un utérus fixe et difficile à limiter

Les paramètres moins souples sont en général sensibles et les trompes ont une consistance plus dure, spécialement à leur insertion sur l'utérus ou sur leur position isthmique.

Le toucher vaginal est généralement souillé par un mélange de sang et de sécrétion glaireuse, blanchâtre, sans odeur particulière.

- Le toucher rectal n'apporte pas de renseignements complémentaires à l'examen précédent.

Il confirme l'intégrité de la cloison recto-vaginale.

- L'examen clinique des autres appareils doit être mené avec la même rigueur habituelle, mais en tenant compte des antécédents tuberculeux éventuels, qu'il faut rechercher avec patience et en insistant particulièrement sur :

- l'appareil pleuro-pulmonaire

- toux rebelle
- hémoptysie
- pleurésie

- les lésions ganglionnaires

- cicatrice d'abcès froid
- ganglions hypertrophiques

- appareil osseux et articulaire

- signes d'inflammation

- appareil digestif

- troubles du transit
- épanchement péritonéal

- appareil urinaire

- hématurie
- dysurie

- Au terme de l'examen clinique, on voit qu'il n'existe aucun signe pathognomonique de la tuberculose génitale chez la femme ménopausée.

2. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES, ou nous verrons :

- Les examens biologiques et
- Les examens radiologiques
- et enfin les examens histologiques

a) LES EXAMENS BIOLOGIQUES

- L'hémogramme

- . Le nombre de G.R. est légèrement inférieur la normale.
- . Le leucogramme montre parfois une légère leucopénie . La formule leucocytaire, se caractérise par l'augmentation du nombre de lymphocytes. En raison des résultats variables, l'hémo-gramme n'a qu'une valeur informative relative.

- La vitesse de sédimentation

En dehors des processus infectieux, la vitesse de sédimentation est influencée par beaucoup d'autres maladies ce qui diminue sa valeur diagnostic.

Cependant, elle reste la méthode de laboratoire la plus utile pour apprécier l'évolution de l'infection au cours du traitement.

- La réaction à la tuberculine

La plupart des auteurs l'utilisaient comme méthode de routine, bien qu'ils considèrent les résultats avec réserve.

- La réaction de MIDDLE - BROOK - BUBOS

Nous l'avons jamais pratiquée. D'autant plus que ce test sérologique ne serait pas à même de fournir la certitude de la présence d'une infection tuberculeuse.

b) LES EXAMENS ENDOSCOPIQUES ET RADIOLOGIQUES

- L'hystérométrie

L'hystéromètre franchit normalement le col, sauf lorsque le canal est occupé par un polype.

Cet examen donne parfois une impression d'irrégularité de la cavité utérine.

- La colposcopie peut fournir des informations dans les lésions cervicales, sans toutefois donner une certitude de diagnostic.
- La coelioscopie utilisée par plusieurs auteurs, est considérée comme contre-indiquée dans la tuberculose génitale. La coelioscopie permet de rechercher des granulations caractéristiques, ou des foyers caséux au niveau des annexes de l'utérus et du péritoine. Mais les informations qu'elle nous apporte ont moins de valeur que celle de l'hystéro-salpingographie.
- L'hystéro-salpingographie montre dans les observations 1, 2 et 3 : un aspect d'endométrite tuberculeuse typique avec atteinte des trompes dans l'observation N°6, alors que la radio ne montre pas de signes d'endométrite tuberculeuse : celle-ci étant affirmée par la biopsie.

Elle montre par contre : une image de synéchie cervicale et une atteinte typique des trompes "en chapelet et rigides". (voir photo)



Hyster Salping Graphie : Obs N°1-
Aspect d'endométrite tuberculeuse.
 Cavité Utérine aggrandie présentant un aspect
 marécageux, Absence d'injection des trompes.



Hyster Salping Graphie: Obs N°2
Endométrite Tuberculeuse.
 Utérus augmenté de volume, d'aspect marécageux, dont les bords
 sont grignotés Absence d'injection des trompes.-



Observation N°3

Image hautement évocatrice.

D'endométrite Tuberculeuse.

Utérus irrégulier grignoté-Trompe droite rigide "en fil de fer."



Observation N°3

Meme Aspect que ci-dessus, avec en plus
Une image d'hydrosalpinx bilatéral.-

Il faut souligner l'importance de l'Hystérisalpingographie pour le contrôle des résultats après le traitement.

c) LES EXAMENS HISTOLOGIQUES, ont une importance capitale, ils utilisent :

- soit le sang biopsique, avec les fragments d'endomètre, obtenu par curetage de l'utérus.
- soit les secrétions cervico-utérines
- La recherche du BK, au niveau de ce matériel : par examen direct, culture ou inoculation au cobaye .

Certains auteurs exigent la découverte du BK pour porter le diagnostic de tuberculose.

Mais on sait avec DELLEPIANE , que les lésions génitales de la tuberculose sont pauvres en bacilles. Il faut donc s'attendre à ne trouver le BK que de façon très inconstante . L'examen direct et la culture ont été pratiqués, mais les résultats ont été constamment négatifs.

Non seulement le BK est rare dans les secrétions cervico-utérines, mais celles-ci sont très souvent contaminées par les nombreux germes de la

cavité vaginale, ce qui rend le résultat de la culture ininterprétable.

Il semble donc, qu'un bon nombre de tuberculoses du col doit échapper au diagnostic si l'on exige le critère de la mise en évidence du BK.

D'où l'intérêt de :

- la biopsie et de l'examen anatomo-pathologique :
qui constitue la clef du diagnostic
- Les signes morphologiques pour la confirmation du diagnostic de la tuberculose sont :
 - . Les lésions giganto-folliculaires
 - . Les follicules épithéloïdes tuberculeux.
- Avantage, comparé aux autres méthodes de diagnostic, l'examen histo-pathologique est une méthode de diagnostic plus rapide.

Le curetage biopsique, opération anodine quand elle est correctement pratiquée permet un meilleur contrôle de la maladie au cours du traitement.

- 1) La nature de la lésion est définie par la présence du follicule tuberculeux de KOESTER.

Typiquement il comporte :

- une cellule géante, type LANGHANS, avec couronne de cellules épithéloïdes.

Dans d'autres cas plus discutables, seul existe l'un ou l'autre de ces deux éléments.

2° Valeur de cet examen

Le résultat n'est pas nécessairement positif dès le premier examen ; les prélèvements peuvent porter sur des endroits indemnes de lésions tuberculeuses.

Dans la cinquième observation, le tubercule n'a été identifiée qu'à la deuxième fois.

- Le diagnostic histologique serait-il suffisant à lui seul pour établir le diagnostic de tuberculose génitale ?

- Certains sont d'avis que dans certaines conditions, le diagnostic morphologique seul est suffisant pour l'établissement du diagnostic de tuberculose génitale (BRET, FROMENT).
- d'autres par contre font systématiquement les investigations complémentaires.

Les avis sont partagés quant à l'aspect morphologique qui affirme le diagnostic.

- Pour certains spécialiste, le diagnostic est posé avant la découverte du follicule de KOESTER, avec cellules géantes et caséuses.
- D'autres (la plupart d'ailleurs) établissent le diagnostic sur l'existence de follicules épithéloïdes parmi eux : DEDRUX, FROMENT, DUBRE.
- Un nombre plus restreint, donne de la valeur au follicule lymphocytaire, surtout s'il présente en son centre du tissu necrosé, ou quelques cellules épithéloïdes.

Nous pouvons dire que seul l'examen histologique peut confirmer le diagnostic par la présence de lésion de type giganto-folliculaire, ou des follicules épithé-
loïdes, dans le cas, ou on ne pense pas qu'il puisse avoir une autre étiologie.

La biopsie devra donc être faite avant tout traitement par la streptomycine, car peu de temps après, les lésions se modifient et prennent leur caractère morphologique.

- L'EXAMEN CYTOLOGIQUE : fait à l'aide de frottis, vise d'abord :

- à mettre en évidence le BK
- mais surtout les amas lymphocytaires des cellules épithéloïdes claires, et même des cellules géantes multinuclées caractéristiques.
- Une fois sur 6 (3ème obs.), les frottis vaginaux, ont pu retrouver des amas lymphocytaires.

D. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic de tuberculose s'égare d'autant plus facilement qu'il s'agit d'une affection à laquelle on ne pense pas à cet âge de la vie, et surtout qu'elle revêt des aspects trompeurs.

LES AFFECTIONS BENIGNES

- S'il est facile d'éliminer certaines affections bénignes :

- tel un polype fibreux sphacelé du col, ou accouché par le col, d'aspect friable, inflammatoire, hémorragique. Ce diagnostic risque d'être méconnu, si le bistourrage n'est pas suivie d'un examen anatomo-pathologique.

- tel aussi l'ectropion banal, infecté

- ou un papillome

- Dans les formes ulcératives

- la syphilis, ou la cervicité érosive.

- l'on ne s'arrêtera pas aussi au diagnostic de facilité de métrorragies fonctionnelles.

- ou de métrite senile

LES AFFECTIONS MALIGNES

Il est par contre beaucoup plus difficile d'éliminer un cancer, d'autant, que la tuberculose à cet âge simule en tout point une néoplasie maligne.

- Au niveau du col :

La découverte d'une tumeur en chou-fleur, friable, saignant au contact, a fait porter dans la majorité de nos cas le diagnostic de cancer.

Pourtant un certain nombre d'éléments cliniques devrait faire discuter ce diagnostic.

- a) Conservation habituelle d'un état général satisfaisant, contrastant avec l'ancienneté de la maladie dont le début semble remonter à celui des hémorragies de contact.
- b) Le caractère plus régulier, plus lisse des végétations, et surtout l'absence d'induration des lésions.
- c) La discordance entre l'aspect macroscopique étendu des lésions cervicales et l'absence habituelle d'extention aux organes voisins. Il est facile d'éliminer : un chancre simple, un chancre syphilitique et l'ulcère atrophique surtout à cet âge de la ménopause.

- Au niveau du corps :

Quelque soit la symptomatologie devant laquelle on se trouve, c'est au cancer qu'on pense dans la majorité des cas. La tuberculose est rarement évoquée au début, il faut souligner, que ce diagnostic nous a toujours surpris.

Quelque soit la finesse des petits signes cliniques, il paraît impossible d'affirmer le diagnostic de tuberculose par la seule clinique.

En outre : la nécessité absolue d'éliminer le diagnostic de lésions cancéreuses, impose des examens complémentaires, d'autant que le cancer est de loin beaucoup plus fréquent que la tuberculose.

AU TOTAL :

Pour établir de diagnostic de la tuberculose génitale on doit utiliser dans ce but toutes les méthodes et au besoin les répéter.

Il faut souligner que nos malades venues consulter pour des métrorragies ou des leucorrhées, ont été étiquetées d'emblée de cancer du col ou de l'endomètre. Notre premier geste alors a été de faire des frottis et une biopsie de la lésion qui ont constitué la clef du diagnostic.

VII. LE TRAITEMENT

GENERALITES

La découverte de la streptomycine et des autres tuberculostatiques a constitué un progrès considérable dans le traitement de la tuberculose génitale.

Les tuberculostatiques ont modifié radicalement l'évolution et le pronostic de cette affection.

LES METHODES

A. LE TRAITEMENT MEDICAL

1. GENERAL : c'est celui de toute tuberculose : associant

. 2 médicaments essentiels

- Streptomycine
- Isoniazide

. 1 médicament accessoire

- le PAS

- La Streptomycine

Tuberculostatique utilisé en tuberculose génitale, s'est montré dès le début très actif. Administrée par voie parentérale ou locale. Elle reste à l'heure actuelle, l'un des tuberculostatiques les plus actifs.

La streptomycine n'a aucune contre-indication. Les indications sont limitées seulement par l'apparition de la résistance et de l'intolérance.

- La dose quotidienne est :
 - . de 1gr par jour pendant 2 mois
 - . puis 1gr tous les 2 jours le 3ème mois
 - . puis 1gr, 2 fois par semaine jusqu'à la dose totale de 100 à 150gr.

- Les principaux accidents causés par la streptomycine ont un caractère neuro-toxique avec participation de la 8ème paire des nerfs crâniens. Un contrôle auditif sera systématiquement effectué au cours du traitement.

- Les accidents les plus fréquents sont de type allergiques.

Sur les 6 malades : une seule avait présenté des bourdonnements d'oreille, avec otalgie (obs N°4) l'adjonction de complexe vitaminique D a suffi à la calmer. Mais d'une manière générale, nos malades ont bien réagi à la streptomycine.

- L'Isoniazide :

C'est un anti tuberculeux, le plus important à l'heure actuelle. Il agit essentiellement à la phase de multiplication des BK.

Les contre-indications sont les rares cas d'intolérance et les accidents toxiques. L'I.N.H. sera évité dans les grandes hémorragies.

- La dose sera de 10mg/kg de poids en 3 prises après les repas pendant 1 an $\frac{1}{2}$ en moyenne.

- Le PAS :

Bactériostatique ancien, le PAS est un très bon médicament d'association à la streptomycine et l'I.N.H. Il renforce leur action et retarde l'apparition de la résistance des germes.

- La dose quotidienne est de 12 à 16gr en 3 prises à prendre au milieu ou après les repas.
- L'administration est limitée par la tolérance gastrique.

- L'Ethionamide :

Tuberculostatique actif , bien que dérivé de l'I.N.H., il ne présente pas de résistance croisée. Administrée par voie orale et ayant une bonne tolérance aux doses thérapeutiques moyennes. La voie orale est la règle.

On n'oubliera pas les règles d'hygiène générale :

- repos moral et physique
- alimentation équilibrée
- calcium
- complexex vitaminiques

2. TRAITEMENT LOCAL

- Les ovules de streptomycine, qui donnent de bons résultats dans les tuberculoses du col.

B. LES AGENTS PHYSIQUES

- L'Actinothérapie : (héliothérapie - R.U.V.)

On lui attribue quelques succès dans la littérature, comme traitement d'appoint.

- La Curiethérapie : les résultats ont été jugés incertains.

- La Radiothérapie : administrée par erreur dans l'observation N°6, la radiothérapie s'est révélée d'aucune efficacité.

L'action histolytique des isotopes est susceptible d'altérer gravement la fonction ovarienne, de plus le manque d'action directe sur les bacilles, de même la possibilité de déclenchement et même d'une activation des lésions bacillaires latentes, ont fait complètement éliminer cette méthode du traitement moderne de la tuberculose génitale.

C. LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il va de l'amputation du col, à l'hystérectomie totale.

C'était le traitement de choix de la tuberculose génitale avant l'avènement du traitement médical spécifique.

L'amputation du col était réservé aux exceptionnelles lésions limitées au col. Le plus souvent donc le traitement consistait en une hystérectomie totale.

De nos jours, si ces méthodes ont encore leur place dans le traitement, leurs indications sont devenues trop restreintes.

LES INDICATIONS

Le traitement actuel de la tuberculose suppose un traitement médical de longue durée.

A. LE TRAITEMENT MEDICAL

1. Le traitement de la tuberculose inférieure

- Il mène dans un intervalle relativement court à des guérisons complètes. Actuellement la tuberculose génitale inférieure, ne demande qu'un traitement exclusif par les tuberculostatiques et d'autres procédés chirurgicaux.

L'application de rayons X dans les localisations cervicales appartiennent au passé.

- Dans le traitement, il est important d'insister sur la nécessité d'établir auparavant s'il s'agit d'une localisation isolée, ou comme il arrive d'ordinaire la tuberculose génitale atteint aussi le reste de l'appareil genital.
- Dans tous les cas le traitement local est souhaitable : sous forme d'ovules de streptomycine. D'autres antibiotiques sont parfois adjoints en

fonction d'une association bactérienne possible (examen bactériologique des leucorrhées).

L'électro-coagulation est indiquée devant la persistance malgré le traitement médical d'un aspect d'ectropion ou d'une cervicité banale.

2. Le traitement de la tuberculose supérieure (métró-annexielle)

Les tuberculostatiques ont apporté d'importantes améliorations, mais sans atteindre le même taux de guérison que la tuberculose inférieure.

Les auteurs sont toutefois unanimes à reconnaître l'action des tuberculostatiques sur l'état local et général qui est rapidement amélioré, la température revenant à la normale, ainsi que l'appétit, la malade gagnant du poids, tout ceci indiquant une amélioration et même une guérison clinique.

- Un problème à soulever, la résistance aux tuberculostatiques qui constitue aujourd'hui un problème d'un intérêt particulier dans le traitement de la tuberculose.

Afin de prévenir, ou au moins retarder l'acquisition de germes résistants l'association des tuberculostatiques est absolument nécessaire.

- Pour se faire : il faut

- a) une administration des médicaments à dose efficace, comme s'ils étaient administrés seuls.
- b) la continuité du traitement
- c) l'apparition d'une résistance ne constitue pas une contre-indication pour l'utilisation de cet antibiotique.

B. LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

En dépit des progrès obtenus par ces antibiotiques la chirurgie est utile et garde encore une valeur inconstante. Elle constitue un acte complémentaire et non indépendant.

L'acte chirurgical a le rôle d'accourcir le traitement de consolider le résultat thérapeutique et de prévenir de nouvelles poussées à partir de formes stabilisées.

La chirurgie en "Sandwich" (ADUREL et Col.) implique un traitement pré et post opératoire correct avec les tuberculostatiques.

Le traitement prévient la diffusion et la généralisation de l'infection tuberculeuse par le traumatisme opératoire.

- L'amputation du col, ou la conisation peut se concevoir :

- en cas de lésion tumorale importante ne recédant pas sous traitement médical (obs. N°4)
- lorsqu'une dysplasie suspecte s'associe aux lésions classiques du col

- on peut avoir recours à l'hystérectomie

- en cas de lésions importantes de l'appareil génital.

- Les indications à la chirurgie :

- Les formes qui ne réagissent pas et qui ne sont pas stabilisées par un traitement prolongé.
- Les formes tumorales constituent l'indication la plus fréquente (obs. N°1, 2). Dans ces 2 cas l'intervention s'est limitée à des laparotomies exploratrices. L'importance des brides rendait l'acte chirurgical difficile.
- Les formes résistantes à un traitement médical correct.
- Les formes associées aux fibroses et au cancer

"A propos de ces dernières"

Dans cette éventualité exceptionnelle
(aucun cas dans notre travail).

La décision chirurgicale doit être plus précoce,
et l'excérèse plus élargie qu'en cas de cancer isolé.

Il nous reste à soulever le problème.

C. DU TRAITEMENT HUMORAL

Conseillé chez la jeune femme par certains auteurs
(dont ABUREL et Col.). Son action complémentaire se
ferait par une augmentation de la résistance locale,
la vascularisation et une modification de l'état neuro-
trophique des tissus des organes génitaux rendant plus
efficace l'action des antibiotiques.

Ce traitement jouerait également un rôle important
dans la compensation des troubles consécutifs aux
carences, ou aux déséquilibres endocriniens survenus
au cours de la maladie.

Dans tous les cas la prudence est de règle quant
à l'utilisation : d'oestrogènes, d'androgènes, ou
d'hormones cortico-surrénaliennes chez la femme
ménopausée.

AU TOTAL

Les éléments de surveillance et les critères de guérison :

a) L'évaluation des signes fonctionnels

- Disparition des metrorragies, leucorrhées et des douleurs.

b) Diminution et disparition des lésions cervicales :

- L'évolution des lésions peut être observée aisément à l'examen direct, au spéculum (ou à la colposcopie), c'est là un avantage incontestable que la tuberculose du col partage avec celle du vagin et de la vulve, sur les autres localisations génitales.

c) Critères de guérison histologique :

- Disparition des lésions histologiques.

d) Critères de guérison biologique :

- Recherche de BK négative (?)
- Normalisation de la VS

LES RESULTATS

L'évolution sous traitement a pu être suivie au cours de l'hospitalisation. Mais après l'hospitalisation celle-ci n'a pu être suivie que dans 5 cas seulement.

- Les troubles fonctionnels en ce qui concerne :

- Les métrorragies, les leucorrhées, les algies pelviennes disparaissent rapidement, exception faite pour l'observation N°4.
- L'aspect clinique des lésions régresse en général totalement, soit sous l'effet du traitement médical soit après intervention.

La disparition du follicule tuberculeux : semble être le meilleur critère de guérison de la tuberculose en l'absence des données biologiques.

PRONOSTIC

- Le pronostic vital est bon
- Le pronostic local l'est aussi, la tuberculose guérit toujours lorsqu'elle est traitée convenablement.
- Le pronostic fonctionnel ne se pose guère chez la femme ménopausée.

VIII. CONCLUSION

EN CONCLUSION

- La localisation génitale de la maladie tuberculeuse est inhabituelle chez la femme ménopausée.
- La symptomatologie est réduite, voire absente les troubles enregistrés sont attribués souvent à la ménopause ou à d'autres affections organiques.
- Le plus souvent, le diagnostic s'oriente vers des lésions malignes de l'utérus, des ovaires, ou vers le fibrome de l'utérus.
- C'est ainsi que nos cas ont été étiquetés d'emblée comme cancer et seule la biopsie a permis de redresser le diagnostic.
- Dans notre pays, où la tuberculose est une affection endémique, l'on s'attendrait à la rencontrer d'avantage à la ménopause.
- Le déplacement de la tuberculose vers des âges avancés (comme l'a si bien montré DELLEPIANE) nous montre l'intérêt tout particulier de la biopsie et du curetage biopsique chez toute femme ménopausée qui consulte pour des métrorragies ou des leucorrhées.

L'objectif actuel reste l'augmentation du nombre des cas de tuberculose génitale post ménopausique, dépistés précocement.

Le pronostic de cette affection dépend aussi et surtout du développement des mesures prophylactiques : s'adressant à l'infection bacillaire en général : tel l'isolement des malades dans la période de contagiosité , la vaccination préventive et le traitement intensifs des disséminations précoces post primaires.

Ces mesures nécessaires surpassent le cadre d'une activité strictement gynécologique.

B I B L I O G R A P H I E

P. FLORENTIN, J. LOUYOT, P. GUILLEMIN

Endométrite tuberculeuse longtemps après la ménopause.

Gynéc. Obst. (suppl.), 1953, 5, N°1, 59-60.

R.P. TOWERS

Tuberculose post-ménopausique de l'endomètre.
Un cas rare avec revue de la littérature.

J. Obst. Gyn. Brit. Emp., Octobre 1954, 61,
N°5, 657-660 (Bibliographie)

L. ASCH, J. ESCHDACH

Tuberculose génitale post-ménopausique.

Gynéc. Obst., Janvier-Mars 1957, 2, N°1,
67-68.

J.P. DAVEO, J. PAOLI, BRANDREIS

Endométrite tuberculeuse chez une femme âgée.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Juin-Juillet 1957,
2, N°3, 380-381, 1fig.

L. ASCH, J. ESCHDACH

Tuberculose génitale post-ménopausique

Strasbourg Médical, Janvier 1958, 2, N°1, 93

E.M. BARDOUR

Tuberculose de l'endomètre post-ménopausique.

J. Obst. Gyn. Brit. Emp., Décembre 1960, 67,
N°6, 1008-1012 (Bibliographie).

C. CARCELLER, J. QUERALT

Tuberculosis génital en la post ménopausia
Hana. Méd. 1960, 46, 228-235

S.A. WOLFE

Formes rares de tuberculose génitale.
Rapport de cas de salpingite tuberculeuse géante,
de salpingite tuberculeuse avec kyste du ligament
large et tuberculose post-ménopausique de l'endo-
mètre.
Obs. and Gyn., Juillet 1962, 20, 47, in
Internat, Surg. Dig., Novembre 1962, 71, N°11,
601-602.

H. SERMENT

Ascite, tumeur de l'ovaire et tuberculose génitale
chez une femme âgée.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Juin-Août 1963,
15, N°3, 438-439.

L. COURTY, M. GAUDEFRÖY, H. OUDAR

Métrorragies graves de la ménopause par tuberculose
utérine.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Franc. 1963,
15, 55-58

C. DURANTO, E. REVELLI

Tuberculose génitale féminine en rapport avec l'âge.
Minerva Méd., 28 Février 1965, 56, N°17,
724-725.

R. ROUCHY

Tuberculose de l'endomètre post-ménopausique.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Septembre-Octobre
1965, 17, N°4, 407-409

H. SERMENT, H. RUF, L. PIANA, G. BOSSI, A. FELCE

La tuberculose génitale des femmes âgées.

Rev. Franç. Gyn. Obst., Septembre 1966, 61,
N°9, 629-636 (Bibliographie)

H. RUF, C. VALLETIE

A propos d'une observation d'endomètre tuberculeuse
de la femme âgée.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Janvier-Mars 1968,
20, N°1, 68-69.

J. GUYOMAR

La tuberculose génitale des femmes âgées.

Rev. Méd. Dijon, 1er Juin 1969, 4, N°5, 291-294.

M. COGNAT, C. PANOPOULOS, M. ROCHET, J. SAINT-ARROMAN

La tuberculose de l'endomètre post-ménopausique.

A propos de 2 cas à forme de métrorragies post-
ménopausiques.

Sem. Hôp. Paris, 8 Octobre 1969, 45, N°40,
2470-2473 (Bibliographie).

M. COGNAT, C. PANOPOULOS, J. SAINT-ARROMAN, Y. ROCHET

La tuberculose de l'endomètre :

a propos de 2 cas à forme de métrorragie post-
ménopausique.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Septembre-Octobre 1969
21, N°4, 439-442.

J. GUYOMAR, R. ODEIKA

La tuberculose génitale des femmes âgées
(1ère partie)

Gynéc. prat. 1970, 21, N°6, 489-498

J. RUSZKOWSKI, A. MARYNOWSKI

Tuberculose du tractus génital et ménopause.

Zbl. Gyn., 9 Mai 1970, 92, N°19, 592-595
(Bibliographie)

J. GUYOMAR, R. OBRIKA

La tuberculose génitale des femmes âgées
(suite et fin)

Gyn. prat. 1971, 22, N°2, 87-100 (bibliographie)

E. MUECHLER, S. MINKOWITZ

Tuberculose post-ménopausale de l'endomètre.

Obst. and Gyn., Novembre 1971, 38, N°5,
768-770 (Bibliographie)

G. SCHAEFER, R.S. MARCUS, E.E. ARAMER

Tuberculose de l'endomètre post-ménopausique.

Amer. J. Obst. Gyn., 1er Mars 1972, 112, N°3,
681-687 (bibliographie)

E. ABUREL, V.D. PETRESCOU

(Masson et Cie) 1974



